SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 152° - Numero 126

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Mercoledì, 1° giugno 2011** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA 1027 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
VIA PRINCIPE UMBERTO 4 - 00185 ROMA

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Prima,** *oltre alla* **Serie Generale**, *pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:*
- **1ª Serie speciale:** *Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)*
- **2ª Serie speciale:** *Comunità europee (pubblicata il lunedì e il giovedì)*
- **3ª Serie speciale:** *Regioni (pubblicata il sabato)*
- **4ª Serie speciale:** *Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)*
- **5ª Serie speciale:** *Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)*

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda,** "Foglio delle inserzioni", *è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato*

AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura di pubblicazione degli atti in *Gazzetta Ufficiale,* le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: gazzettaufficiale@giustiziacert.it, curando che, nella nota cartacea di trasmissione, siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (mittente, oggetto e data).

Nel caso non si disponga ancora di PEC, e fino all'adozione della stessa, sarà possibile trasmettere gli atti a: gazzettaufficiale@giustizia.it

SOMMARIO

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

ESTRATTI, SUNTI E COMUNICATI

DECRETO 6 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Sangue di Giuda dell'Oltrepò Pavese» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A06477)*

DECRETO 6 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Pinot Nero dell'Oltrepò Pavese» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A06478)*

DECRETO 6 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Lambrusco Mantovano» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A06479)*

DECRETO 6 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Garda Colli Mantovani» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A06480)*

DECRETO 6 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Valtellina» rosso o Rosso «di Valtellina» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A06481)*

DECRETO 6 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Valcalepio» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A06482)*

DECRETO 6 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «San Colombano al Lambro» o «San Colombano» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A06483)*

DECRETO 6 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Oltrepò Pavese» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A06484)*

DECRETO 6 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Oltrepò Pavese Pinot Grigio» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A06485)*

DECRETO 6 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Curtefranca» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A06486)*

DECRETO 6 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Casteggio» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A06487)*

DECRETO 6 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Buttafuoco dell'Oltrepò Pavese» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A06488)*

DECRETO 6 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Bonarda dell'Oltrepò Pavese» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A06489)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Aglianico del Taburno» e «Taburno» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07121)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Aversa» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07122)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Campi Flegrei» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07123)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Capri» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07124)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Castel San Lorenzo» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07125)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Cilento» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07126)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Costa d'Amalfi» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07127)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Falerno del Massico» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07128)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Galluccio» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07129)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Guardia Sanframondi» o «Guardiolo» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07130)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Irpinia» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07131)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Ischia» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07132)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Penisola Sorrentina» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07133)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Sannio» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07134)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Solopaca» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07135)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Vesuvio» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07136)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Sant'Agata dei Goti» o «Sant'Agata de' Goti» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07137)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOCG «Greco di Tufo» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07138)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOCG «Fiano di Avellino» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07139)*

DECRETO 11 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOCG «Taurasi» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07140)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «I Terreni di San Severino» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07141)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Bianchello del Metauro» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07142)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Esino» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07143)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Lacrima di Morro» o «Lacrima di Morro d'Alba» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07144)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Pergola» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07145)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Rosso Conero» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07146)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Serrapetrona» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07147)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Verdicchio dei Castelli di Jesi» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07148)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Verdicchio di Matelica» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07149)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Colli Maceratesi» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07150)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOCG «Conero» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07151)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOCG «Castelli di Jesi Verdicchio Riserva» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07152)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOCG «Verdicchio di Matelica Riserva» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07153)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOCG «Vernaccia di Serrapetrona» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07154)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «Colli Pesaresi» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07155)*

DECRETO 19 maggio 2011.

Adeguamento del piano dei controlli per la DOC «San Ginesio» al decreto ministeriale 2 novembre 2010. *(11A07156)*

SUPPLEMENTO ORDINARIO N. 136

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Dafnegin» *(11A06877)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Benketol» *(11A06878)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali «Nimobrain» e «Zimacrol». *(11A06879)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio di vari medicinali *(11A06880)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Cleobis» *(11A06881)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Triazolam Alter» *(11A06882)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Piperacillina e Tazobactam EG» *(11A06883)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Pantoprazolo del Corno» *(11A06884)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Vicks tosse mucolitico» *(11A06885)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Vermox» *(11A06886)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Tavor» *(11A06887)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Haldol Decanoas» *(11A06888)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Mirena» *(11A06889)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Fluimucil» *(11A06890)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Harmonet» *(11A06891)*

Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Sivastin» *(11A06892)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Lamotrigina Breath» *(11A06893)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Reumaflex» *(11A06894)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Recombinate» *(11A06895)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Octagam» *(11A06896)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Terbinafina Arrow» *(11A06897)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Oxaliplatino Kabi» *(11A06898)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Latanoprost Ratiopharm» *(11A06899)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Lipitor» *(11A06900)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Levocetirizina Sandoz» *(11A06901)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale « Specialflex» *(11A06902)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Ropinirolo EG» *(11A06903)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Duraphat» *(11A06904)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Bifril» *(11A06905)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Praxis» *(11A06906)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Albunorm» *(11A06907)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Minotek» *(11A06908)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento «Nitrocor» *(11A06909)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Varivax» *(11A06910)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Revaxis» *(11A06911)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Epirubicina Hospira» *(11A06912)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale « Alendronato Bentley Pharmaceuticals Ireland» *(11A06913)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Aggrastat» *(11A06914)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Risperidone Mylan» *(11A06915)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Risperdal» *(11A06916)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Simvastatina Aurobindo» *(11A06917)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconsocimento, del medicinale «Selesyn» *(11A06918)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Basalflex» *(11A06919)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Periflex» *(11A06920)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Plusflex» *(11A06921)*

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Glucagen» *(11A06922)*

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 13 maggio 2011, n. **77**.

Disposizioni concernenti la preparazione, il confezionamento e la distribuzione dei prodotti ortofrutticoli di quarta gamma.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Oggetto

1. La presente legge disciplina la preparazione, il confezionamento e la distribuzione dei prodotti ortofrutticoli di quarta gamma, come definiti ai sensi dell'articolo 2.

Art. 2.

Definizione

1. Si definiscono prodotti ortofrutticoli di quarta gamma i prodotti ortofrutticoli destinati all'alimentazione umana freschi, confezionati e pronti per il consumo che, dopo la raccolta, sono sottoposti a processi tecnologici di minima entità atti a valorizzarli seguendo le buone pratiche di lavorazione articolate nelle seguenti fasi: selezione, cernita, eventuale monda e taglio, lavaggio, asciugatura e confezionamento in buste o in vaschette sigillate, con eventuale utilizzo di atmosfera protettiva.

Art. 3.

Procedure di commercializzazione

1. I prodotti ortofrutticoli di quarta gamma possono essere confezionati singolarmente o in miscela, in contenitori di peso e di dimensioni diversi. È consentita l'eventuale aggiunta, in quantità percentualmente limitata definita dal decreto di cui all'articolo 4, di ingredienti di origine vegetale non freschi o secchi.

2. I prodotti ortofrutticoli di quarta gamma possono essere distribuiti lungo l'intera filiera distributiva o mediante distributori automatici, purché siano rispettati i parametri stabiliti dal decreto di cui all'articolo 4.

Art. 4.

Disposizioni di attuazione

1. In linea con la normativa comunitaria in materia, il Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dello sviluppo economico e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, definisce, con proprio decreto, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i parametri chimico-fisici e igienico-sanitari del ciclo produttivo, del confezionamento, individuando le misure da introdurre progressivamente al fine di utilizzare imballaggi ecocompatibili secondo i criteri fissati dalla normativa comunitaria e dalle norme tecniche di settore, della conservazione e della distribuzione dei prodotti ortofrutticoli di quarta gamma e i requisiti qualitativi minimi, anche sulla base delle norme di cui all'allegato I al regolamento (CE) n. 1580/2007 della Commissione, del 21 dicembre 2007, e successive modificazioni, in quanto compatibili, nonché le informazioni che devono essere riportate sulle confezioni a tutela del consumatore.

2. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 13 maggio 2011

NAPOLITANO

BERLUSCONI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

Visto, il *Guardasigilli*: ALFANO

LAVORI PREPARATORI

Camera dei deputati (atto n. 975):

Presentato dall'on. Brandolini ed altri il 13 maggio 2008.

Assegnato alla XIII Commissione (Agricoltura), in sede referente, il 5 settembre 2008 con pareri delle Commissioni I, X, XII, e XIV.

Esaminato dalla XIII Commissione, in sede referente, il 10, 11 febbraio 2009; 6 maggio 2009, 23 giugno 2009; 30 luglio 2009 e 14 ottobre 2009.

Esaminato in aula l'8 febbraio 2010 ed approvato in un testo unificato con l'atto C.2513 (Rainieri ed altri) il 9 febbraio 2010.

Senato della Repubblica (atto n. 2005):

Assegnato alla 9ª Commissione (Agricoltura), in sede referente, il 24 febbraio 2010 con pareri delle Commissioni 1ª, 5ª, 10ª, 12ª e Questioni regionali.

Esaminato dalla 9ª Commissione, in sede referente, il 9 marzo 2010; 5 maggio 2010; 7 e 21 luglio 2010; 12, 19 e 27 ottobre 2010; 9 novembre 2010.

Relazione scritta annunciata il 24 novembre 2010 (atto 2005/A) relatore sen. Sanciu.

Esaminato in aula il 22 febbraio 2011 ed approvato, con modificazioni il 23 febbraio 2011.

Camera dei deputati (atto n. 975-2513-B):

Assegnato alla XIII Commissione (Agricoltura), in sede referente, il 28 febbraio 2011 con pareri delle Commissioni I, VIII, X e XIV.

Esaminato dalla XIII Commissione, in sede referente, l'8 e 9 marzo 2011.

Assegnato nuovamente alla XIII Commissione (Agricoltura), in sede legislativa, il 6 aprile 2011.

Esaminato dalla XIII Commissione, in sede legislativa, ed approvato il 13 aprile 2011.

11G0118

DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 18 maggio 2011.

Scioglimento del consiglio comunale di Soverzene.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Considerato che nelle consultazioni elettorali del 6 e 7 giugno 2009 sono stati rinnovati gli organi elettivi del comune di Soverzene (Belluno);

Considerato altresì che, in data 6 aprile 2011, il sindaco è deceduto;

Ritenuto, pertanto, che, ai sensi dell'art. 53, comma 1, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, ricorrano gli estremi per far luogo allo scioglimento della suddetta rappresentanza;

Visto l'articolo 141, comma 1, lett. *b)*, n. 1, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

Sulla proposta del Ministro dell'Interno, la cui relazione è allegata al presente decreto e ne costituisce parte integrante;

Decreta:

Il consiglio comunale di Soverzene (Belluno) è sciolto.

Dato a Roma, addì 18 maggio 2011

NAPOLITANO

MARONI, *Ministro dell'interno*

ALLEGATO

Al Presidente della Repubblica

Il consiglio comunale di Soverzene (Belluno) é stato rinnovato a seguito delle consultazioni elettorali del 6 e 7 giugno 2009, con contestuale elezione del sindaco nella persona del signor Alessandro Savi.

Il citato amministratore, in data 6 aprile 2011, è deceduto.

Si è configurata, pertanto, una delle fattispecie previste dall'art. 53, comma 1, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, in base al quale il decesso del sindaco costituisce presupposto per lo scioglimento del consiglio comunale.

Per quanto esposto si ritiene che, ai sensi dell'art. 141, comma 1, lettera *b)*, n. 1, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, ricorrano gli estremi per far luogo al proposto scioglimento.

Sottopongo, pertanto, alla firma della S.V. l'unito schema di decreto con il quale si provvede allo scioglimento del consiglio comunale di Soverzene (Belluno).

Roma, 10 maggio 2011

Il Ministro dell'interno: MARONI

11A07031

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 18 maggio 2011.

Scioglimento del consiglio comunale di San Ferdinando di Puglia e nomina del commissario straordinario.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Considerato che nelle consultazioni elettorali del 27 e 28 maggio 2007 sono stati rinnovati gli organi elettivi del comune di San Ferdinando di Puglia (Foggia);

Viste le dimissioni rassegnate, con atto unico acquisito al protocollo dell'ente, da dodici consiglieri su venti assegnati al comune, a seguito delle quali non può essere assicurato il normale funzionamento degli organi e dei servizi;

Ritenuto, pertanto, che ricorrano gli estremi per far luogo allo scioglimento della suddetta rappresentanza;

Visto l'articolo 141, comma 1, lett. *b)*, n. 3, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

Sulla proposta del Ministro dell'Interno, la cui relazione è allegata al presente decreto e ne costituisce parte integrante;

Decreta:

Art. 1.

Il consiglio comunale di San Ferdinando di Puglia (Foggia) è sciolto.

Art. 2.

Il dott. Francesco Cappetta è nominato commissario straordinario per la provvisoria gestione del comune suddetto fino all'insediamento degli organi ordinari, a norma di legge.

Al predetto commissario sono conferiti i poteri spettanti al consiglio comunale, alla giunta ed al sindaco.

Dato a Roma, addì 18 maggio 2011

NAPOLITANO

MARONI, *Ministro dell'interno*

ALLEGATO

Al Presidente della Repubblica

Nel consiglio comunale di San Ferdinando di Puglia (Foggia), rinnovato nelle consultazioni elettorali del 27 e 28 maggio 2007 e composto dal sindaco e da venti consiglieri, si è venuta a determinare una grave situazione di crisi a causa delle dimissioni rassegnate da dodici componenti del corpo consiliare, con atto unico acquisito al protocollo dell'ente in data 13 aprile 2011.

Le citate dimissioni, che sono state presentate per il tramite di due dei consiglieri dimissionari, all'uopo delegati con atto autenticato, hanno determinato l'ipotesi dissolutoria dell'organo elettivo disciplinata dall'art. 141, comma 1, lettera *b)*, n. 3, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Pertanto, il prefetto di Foggia ha proposto lo scioglimento del consiglio comunale sopracitato disponendone, nel contempo, con provvedimento del 13 aprile 2011, la sospensione, con la conseguente nomina del commissario per la provvisoria gestione del comune.

Considerato che nel suddetto ente non può essere assicurato il normale funzionamento degli organi e dei servizi, essendo venuta meno l'integrità strutturale minima del consiglio comunale compatibile con il mantenimento in vita dell'organo, si ritiene che, nella specie, ricorrano gli estremi per far luogo al proposto scioglimento.

Sottopongo, pertanto, alla firma della S.V. l'unito schema di decreto con il quale si provvede allo scioglimento del consiglio comunale di San Ferdinando di Puglia (Foggia) ed alla nomina del commissario per la provvisoria gestione del comune nella persona del dottor Francesco Cappetta.

Roma, 10 maggio 2011

Il Ministro dell'interno: MARONI

11A07032

ORDINANZA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 20 maggio 2011.

Ulteriori interventi urgenti diretti a fronteggiare gli eventi sismici verificatisi nella regione Abruzzo il giorno 6 aprile 2009. (Ordinanza n. 3942).

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto l'articolo 5 della legge 24 febbraio 1992, n. 225;

Visto l'articolo 107 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

Visto il decreto-legge 7 settembre 2001, n. 343, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2001, n. 401;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri adottato ai sensi dell'articolo 3, comma 1, del decreto-legge 4 novembre 2002, n. 245, convertito, con modificazioni, dall'articolo 1 della legge 27 dicembre 2002, n. 286 del 6 aprile 2009, recante la dichiarazione dell'eccezionale rischio di compromissione degli interessi primari a causa degli eventi sismici che hanno interessato la provincia di L'Aquila ed altri comuni della regione Abruzzo il giorno 6 aprile 2009;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 aprile 2009 recante la dichiarazione dello stato d'emergenza in ordine agli eventi sismici predetti;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2010 recante la proroga dello stato d'emergenza in ordine ai medesimi eventi sismici;

Viste le ordinanze del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3753 del 6 aprile 2009, n. 3754 del 9 aprile 2009, n. 3755 del 15 aprile 2009, n. 3757 del 21 aprile 2009, n. 3758 del 28 aprile 2009, n. 3760 del 30 aprile 2009, n. 3761 del 1 maggio 2009, n. 3763 del 6 maggio 2009, n. 3766 dell'8 maggio 2009, n. 3769 del 15 maggio 2009, n. 3771 e n. 3772 del 19 maggio 2009, n. 3778, n. 3779 e n. 3780 del 6 giugno 2009, n. 3781 e n. 3782 del 17 giugno 2009, n. 3784 del 25 giugno 2009; n. 3789 e n. 3790 del 9 luglio 2009, n. 3797 del 30 luglio 2009, n. 3803 del 15 agosto 2009, n. 3805 del 3 settembre 2009, n. 3806 del 14 settembre 2009, n. 3808 del 15 settembre 2009, n. 3810 del 21 settembre 2009, n. 3811 del 22 settembre 2009, n. 3813 del 29 settembre 2009, n. 3814 del 2 ottobre 2009, n. 3817 del 16 ottobre 2009, n. 3820 del 12 novembre 2009, n. 3826 e n. 3827 del 27 novembre 2009, n. 3832 e n. 3833 del 22 dicembre 2009, n. 3837 del 30 dicembre 2009, n. 3843 del 19 gennaio 2010, n. 3845 del 29 gennaio 2010, n. 3857 del 10 marzo 2010, n. 3859 del 12 marzo 2010, n. 3866 del 16 aprile 2010, n. 3870 del 21 aprile 2010, 3877 del 12 maggio 2010 , n. 3881 dell'11 giugno 2010, n. 3883 del 18 giugno 2010, n. 3889 del 16 luglio 2010, n. 3892 e 3893 del 13 agosto 2010, n. 3896 del 7 settembre 2010, n. 3898 del 17 settembre 2010, n. 3905 del 10 novembre 2010, n. 3913 del 22 dicembre 2010, n. 3917 del 30 dicembre 2010, n. 3923 del 18 febbraio 2011, n. 3931 del 7 aprile 2011 e n. 3936 del 21 aprile 2011;

Visto l'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 28 aprile 2009 n. 39, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 giugno 2009, n. 77, con cui si dispone che i provvedimenti ivi previsti sono adottati con ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri emanata ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della legge 24 febbraio 1992, n. 225, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze per quanto attiene agli aspetti di carattere fiscale e finanziario;

Visto l'articolo 1 del decreto-legge 30 dicembre 2009, n. 195, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2010, n. 26, con cui si dispone che il Presidente della regione Abruzzo subentra nelle funzioni di Commissario delegato già svolte dal Capo del Dipartimento della protezione civile ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 aprile 2009 per la prosecuzione della gestione emergenziale nel territorio della regione Abruzzo;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 giugno 2010, recante gli indirizzi per la gestione dell'emergenza determinatasi nella regione Abruzzo a seguito del sisma del 6 aprile 2009;

Visti gli esiti della riunione del 12 maggio 2011 svoltasi presso la sede della struttura commissariale a L'Aquila;

Ravvisata la necessità di consentire la prosecuzione delle operazioni di rimozione dei rifiuti derivanti da crolli e demolizioni degli edifici pubblici e privati a seguito dell'evento sismico in rassegna, in attesa del pieno avvio delle procedure di trasporto dei rifiuti dettate in materia dagli articoli 1 e 2 dell'ordinanza del Presidente del Con-

siglio dei ministri n. 3923 del 18 febbraio 2011, al fine di scongiurare il blocco della ricostruzione per l'impossibilità di trasportare le macerie presso i siti di smaltimento;

D'intesa con la regione Abruzzo;

Su proposta del Capo del Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

Di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

Dispone:

Art. 1.

1. Nelle more dell'avvio delle operazioni di trasporto delle macerie derivanti dai crolli, dalle demolizioni e dalla ricostruzione degli edifici pubblici e privati danneggiati dall'evento sismico del 6 aprile 2009, con le modalità di cui agli articoli 1 e 2 dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3923 del 18 febbraio 2011, le imprese incaricate, iscritte all'Albo nazionale gestori ambientali ai sensi dell'articolo 212 del decreto legislativo n.152/06 e successive modificazioni ed integrazioni, possono effettuare il trasporto dei rifiuti provenienti dalle demolizioni stesse di cui all'articolo 1, commi 1 e 3, dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei ministri n. 3923 del 18 febbraio 2011, sino ai siti di stoccaggio provvisorio di cui all'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3767 del 15 maggio 2009 e successive modificazioni ed integrazioni, in deroga all'articolo 212, comma 5, del decreto legislativo n.152/06 e successive modificazioni ed integrazioni, a valere sulle risorse di cui all'articolo 3, comma 1, dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3923 del 18 febbraio 2011.

2. L'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3940 del 17 maggio 2011 e il comma 2 dell'articolo 13 dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3857 del 10.3.2010 sono abrogati.

La presente ordinanza sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 20 maggio 2011

Il Presidente: BERLUSCONI

11A07033

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

DECRETO 21 aprile 2011.

Cessazione dell'attività della Scuola superiore per mediatori linguistici di Ostia Lido, a partire dall'anno accademico 2011-2012.

IL DIRETTORE GENERALE
PER L'UNIVERSITÀ, LO STUDENTE
E IL DIRITTO ALLO STUDIO UNIVERSITARIO

Vista la legge 11 ottobre 1986, n. 697, recante la disciplina del riconoscimento delle Scuole Superiori per interpreti e traduttori;

Vista la legge 15 maggio 1997, n. 127 e, in particolare, l'art. 17, comma 96, lettera *a)*;

Visto il regolamento adottato ai sensi della predetta legge n. 127 del 1997 con decreto ministeriale 10 gennaio 2002, n. 38, recante il riordino della disciplina delle scuole superiori per interpreti e traduttori;

Visto il decreto ministeriale in data 28 dicembre 1993, con il quale è stata disposta l'abilitazione della Scuola superiore per interpreti e traduttori con sede in Ostia Lido (Roma), via Santa Monica, 11, a rilasciare diplomi di interpreti e traduttori aventi valore legale ai sensi della legge n. 697 del 1986;

Visto il decreto del Direttore Generale del Servizio per l'autonomia e gli studenti in data 31 luglio 2003, con il quale è stato confermato il riconoscimento della predetta Scuola;

Considerato che a seguito del predetto decreto direttoriale la citata Scuola ha assunto la denominazione di Scuola superiore per mediatori linguistici di durata triennale ed è stata autorizzata a rilasciare i relativi titoli, equipollenti a tutti gli effetti ai diplomi di laurea conseguiti nelle università al termine dei corsi afferenti alla classe delle lauree universitarie in «Scienze della mediazione linguistica» di cui all'allegato n. 3 al decreto ministeriale 4 agosto 2000;

Visto il decreto del Direttore Generale per l'Università in data 2 agosto 2004 con il quale è stato autorizzato il trasferimento della Scuola superiore per mediatori linguistici, da via di Santa Monica, 11 a via Isole del Capoverde 192, in Ostia Lido (Roma);

Vista la nota del rappresentante legale della Scuola superiore per mediatori linguistici di Ostia Lido (Roma) in via Isole del Capoverde 192, in data 22 marzo 2011, con la quale è stata comunicata la cessazione delle attività della predetta Scuola;

Decreta:

A partire dall'anno accademico 2011-2012 la Scuola superiore per mediatori linguistici di Ostia Lido (Roma), via Isole del Capoverde 192, cessa la propria attività, fatti salvi gli impegni assunti nei confronti degli studenti, i cui diritti di portare a termine i percorsi didattici intrapresi devono comunque essere garantiti.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 21 aprile 2011

Il direttore generale: TOMASI

11A06641

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 13 maggio 2011.

Rideterminazione del tasso di interesse da corrispondere sulle somme versate sulle contabilità speciali fruttifere degli enti ed organismi pubblici.

IL RAGIONIERE GENERALE DELLO STATO

Vista la legge 29 ottobre 1984, n. 720 e successive modificazioni, riguardante l'istituzione del sistema di tesoreria unica per gli enti ed organismi pubblici, la quale prevede all'art. 1, che con decreto del Ministro dell'economia, viene fissato il tasso di interesse da corrispondere sulle somme versate nelle contabilità speciali fruttifere in una misura compresa tra il valore dell'interesse corrisposto per i depositi sui libretti postalia di risparmio e quello previsto per i buoni ordinari del Tesoro a scadenza trimestrale;

Visto il decreto ministeriale del 7 ottobre 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 261 dell'8 novembre 2010, che ha fissato nella misura dello 0,60% lordo il tasso d'interesse da corrispondere sulle predette contabilità speciali fruttifere a decorrere dal 1° settembre 2010;

Vista la nota DT 39434 del 6 maggio 2011 con la quale il dipartimento del Tesoro segnala la nescessità di adeguare il tasso d'interesse sulle contabilità speciali fruttifere in relazione all'attuale livello dei tassi d'interesse di riferimento;

Visto il decreto legislativo del 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dalla legge 15 luglio 2002, n. 145;

Decreta:

Articolo unico

A decorrere dal 1° maggio 2011 il tasso d'interesse annuo posticipato da corrispondere, ai sensi dell'art. 1, terzo comma, della legge 29 ottobre 1984, n. 720 e successive modificazioni, sulle somme depositate nelle contabilità speciali fruttifere degli enti ed organismi pubblici è determinato nella misura dello 1,00% lordo.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 13 maggio 2011

Il ragioniere generale dello Stato: CANZIO

11A07365

DECRETO 20 maggio 2011.

Decadenza della D.I. Castro Carmela dalla concessione n. 1557 per la commercializzazione delle scommesse a totalizzatore e a quota fissa sulle corse dei cavalli di cui al decreto del Presidente della Repubblica 8 aprile 1998, n. 169.

IL DIRETTORE PER I GIOCHI DELL'AMMINISTRAZIONE AUTONOMA DEI MONOPOLI DI STATO

Visto il decreto del Presidente della Repubblica dell'8 aprile 1998 n. 169 concernente le norme per il riordino della disciplina organizzativa, funzionale e fiscale dei giochi e delle scommesse relativi alle corse dei cavalli, nonchè per il riparto dei proventi, ai sensi dell'art. 3, comma 78, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

Visto il decreto interdirigenziale n. 2006/16109/Giochi/UD del 16 maggio 2006 di approvazione della convenzione tipo per l'affidamento dei servizi relativi alla raccolta delle scommesse a totalizzatore ed a quota fissa sulle corse dei cavalli;

Vista la convenzione di concessione n. 1557 per la commercializzazione delle scommesse a totalizzatore ed a quota fissa sulle corse dei cavalli da parte della D.I. Castro Carmela nei locali siti in Lentini (SR), via D. Bottone, 1/A;

Visto l'art. 13, comma 2, della citata convenzione il quale stabilisce che «Il concessionario ha facoltà di prestare la garanzia, purché nelle forme previste al comma 1, per un periodo pari a tre anni, con validità di un ulteriore anno rispetto al triennio e con il conseguente obbligo di sostituirla, entro i sei mesi precedenti la fine del triennio, con una nuova garanzia avente validità analoga.»;

Visto l'art. 13, comma 7, della citata convenzione il quale stabilisce che «Qualora l'ammontare delle garanzie si dovesse ridurre, per effetto di quanto disposto dalla convenzione di concessione, il concessionario è tenuto a reintegrarlo entro e non oltre il termine di quindici giorni, decorrente dal momento in cui AAMS rende nota al concessionario l'avvenuta riduzione. In caso di mancata reintegrazione, nel termine suddetto, la concessione è soggetta a provvedimento di decadenza.»;

Considerato che la garanzia prestata ai sensi dell'art. 13, comma 2, della convenzione di concessione è stata interamente escussa dall'Ufficio Regionale della Sicilia - Sezione distaccata di Messina;

Vista la nota prot. n. 2010/47789/Giochi/SCO del 28 dicembre 2010 con la quale il predetto Concessionario è stato invitato al reintegro della suindicata garanzia;

Vista la nota prot. n. 2011/2297/Giochi/SCO del 24 gennaio 2011 con la quale, non essendo pervenuta la documentazione richiesta, il predetto Concessionario è stato nuovamente invitato al reintegro della suindicata garanzia;

Vista la nota prot. n. 2011/13121/Giochi/SCO del 12 aprile 2011 con la quale, non essendo pervenuta la documentazione richiesta, è stato comunicato al predetto Concessionario, ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e 8 della legge 8 agosto 1990, n. 241, l'avvio del procedimento di decadenza dalla concessione e distacco del collegamento con il Totalizzatore nazionale dal giorno 15 aprile 2011, previsto dall'art. 17, comma 7;

Considerato che il Concessionario in questione, a fronte della medesima comunicazione, non ha adempiuto a nessuna delle richieste sopra indicate e non ha fornito alcuna giustificazione;

Dispone

per i motivi indicati in premessa ed ai fini della tutela dell'interesse erariale, la decadenza:

della convenzione di concessione n. 1557 per la commercializzazione delle scommesse a totalizzatore ed a quota fissa sulle corse dei cavalli stipulata con la D.I. Castro Carmela, con sede legale in via Martiri della Resistenza l - Carlentini (SR), operante nel comune di Lentini (SR), via D. Bottone, 1/A.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso dinanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, entro il termine di 60 giorni dalla data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 20 maggio 2011

Il direttore: TAGLIAFERRI

11A07231

DECRETO 24 maggio 2011.

Riapertura delle operazioni di sottoscrizione dei certificati di credito del Tesoro «zero coupon», con decorrenza 29 aprile 2011 e scadenza 30 aprile 2013, terza e quarta tranche.

IL DIRETTORE GENERALE DEL TESORO

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di debito pubblico, e, in particolare, l'art. 3, ove si prevede che il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato, in ogni anno finanziario, ad emanare decreti cornice che consentano al Tesoro, fra l'altro, di effettuare operazioni di indebitamento sul mercato interno od estero nelle forme di prodotti e strumenti finanziari a breve, medio, e lungo termine, indicandone l'ammontare nominale, il tasso d'interesse o i criteri per la sua determinazione, la durata, l'importo minimo sottoscrivibile, il sistema di collocamento ed ogni altra caratteristica e modalità;

Visto il decreto ministeriale n. 103469 del 28 dicembre 2010, emanato in attuazione dell'art. 3 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 398 del 2003, ove si definiscono, per l'anno finanziario 2011, gli obiettivi, i limiti e le modalità cui il dipartimento del Tesoro dovrà attenersi nell'effettuare le operazioni finanziarie di cui allo stesso articolo, prevedendo che le operazioni stesse vengano disposte dal direttore generale del Tesoro o, per sua delega, dal direttore della direzione II del Dipartimento medesimo;

Vista la determinazione n. 2670 del 10 gennaio 2007, con la quale il direttore generale del Tesoro ha delegato il direttore della direzione seconda del dipartimento del Tesoro a firmare i decreti e gli atti relativi alle operazioni suddette;

Visti, altresì, gli articoli 4 e 11 del ripetuto decreto del Presidente della Repubblica n. 398 del 2003, riguardanti la dematerializzazione dei titoli di Stato;

Visto il decreto ministeriale 17 aprile 2000, n.143, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 130 del 6 giugno 2000, con cui è stato adottato il regolamento concernente la disciplina della gestione accentrata dei titoli di Stato;

Visto il decreto 23 agosto 2000, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 204 del 1° settembre 2000, con cui è stato affidato alla Monte Titoli S.p.A. il servizio di gestione accentrata dei titoli di Stato;

Visto il decreto ministeriale n. 43044 del 5 maggio 2004, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 111 del 13 maggio 2004, recante disposizioni in caso di ritardo nel regolamento delle operazioni di emissione, concambio e riacquisto di titoli di Stato;

Vista la legge 13 dicembre 2010, n. 221, recante l'approvazione del bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2011 ed in particolare il terzo comma dell'art. 2,con cui si è stabilito il limite massimo di emissione dei prestiti pubblici per l'anno stesso;

Considerato che l'importo delle emissioni disposte a tutto il 20 maggio 2011 ammonta, al netto dei rimborsi di prestiti pubblici già effettuati, a 42.170 milioni di euro;

Visto il proprio decreto in data 20 aprile 2011,con il quale è stata disposta l'emissione delle prime duetranche dei certificati di credito del Tesoro «zero coupon» («CTZ») con decorrenza 29 aprile 2011 e scadenza 30aprile 2013;

Ritenuto opportuno, in relazione alle condizioni di mercato, disporre l'emissione di una terza tranche dei suddetti certificati di credito del Tesoro «zero coupon»;

Decreta:

Art. 1.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398, nonché del decreto ministeriale del28 dicembre 2010, entrambi citati nelle premesse, è disposta l'emissione di una terza tranche di «CTZ», con decorrenza 29 aprile 2011 e scadenza 30 aprile 2013, fino all'importo massimo di 2.000 milioni di euro, di cui al decreto del 20 aprile 2011, altresì citato nelle premesse, recante l'emissione delle prime due tranche dei certificati stessi.

Per quanto non espressamente disposto dal presente decreto, restano ferme tutte le altre condizioni, caratteristiche e modalità di emissione stabilite dal citato decreto del 20 aprile 2011.

Art. 2.

Le offerte di ogni singolo operatore relative alla tranche di cui all'art. 1 del presente decreto, dovranno pervenire entro le ore 11 del giorno 26 maggio 2011,con l'osservanza delle modalità indicate negli articoli 7 e 8 del citato decreto del 20 aprile 2011.

Le offerte non pervenute entro il suddetto termine non verranno prese in considerazione.

Successivamente alla scadenza del termine di presentazione delle offerte, verranno eseguite le operazioni d'asta, con le modalità di cui agli articoli 9, 10 e 11 del medesimo decreto del 20 aprile 2011.

Di tali operazioni verrà redatto apposito verbale.

Art. 3.

Non appena ultimate le operazioni di assegnazione di cui al precedente articolo, avrà inizio il collocamento della quartatranche dei certificati, per un importo massimo del 10 per cento dell'ammontare nominale indicato all'art. 1 del presente decreto; tale tranche supplementare sarà riservata agli operatori «specialisti in titoli di Stato», individuati ai sensi dell'art. 33 del decreto del Presidente della Repubblica n. 398 del 2003, citato nelle premesse, che abbiano partecipato all'asta della terza tranchecon almeno una richiesta effettuata ad un prezzo non inferiore al «prezzo di esclusione». La tranche supplementare verrà assegnataconle modalità indicate negli articoli 12 e 13 del citato decreto del 20 aprile 2011, in quanto applicabili, e verrà collocata al prezzo di aggiudicazione determinato nell'asta relativa alla tranche di cui all'art. 1 del presente decreto.

Gli «specialisti» potranno partecipare al collocamento supplementare inoltrando le domande di sottoscrizione fino alle ore 15,30 del giorno 27 aprile 2011.

Le offerte non pervenute entro il suddetto termine non verranno prese in considerazione.

L'importo spettante di diritto a ciascuno «specialista» nel collocamento supplementare è pari al rapporto fra il valore dei certificati di cui lo specialista è risultato aggiudicatario nelle ultime tre aste «ordinarie» dei «CTZ», ivi compresa quella di cui all'art. 1 del presente decreto, ed il totale complessivamente assegnato, nelle medesime aste, agli operatori ammessi a partecipare al collocamento supplementare.

Delle operazioni di collocamento di cui al presente articolo verrà redatto apposito verbale.

Art. 4.

Il regolamento dei certificati sottoscritti in asta e nel collocamento supplementare sarà effettuato dagli operatori assegnatari il 31 maggio 2011, al prezzo di aggiudicazione. A tal fine, la Banca d'Italia provvederà ad inserire le relative partite nel servizio di compensazione e liquidazione «EXPRESS II» con valuta pari al giorno di regolamento.

Il versamento all'entrata del bilancio statale del netto ricavo dell'emissione, sarà effettuato dalla Banca d'Italia il medesimo giorno 31 maggio 2011.

A fronte di tale versamento, la Sezione di Roma della Tesoreria Provinciale dello Stato rilascerà apposita quietanza di entrata al bilancio dello Stato con imputazione al Capo X, capitolo 5100 (unità di voto parlamentare 4.1.1), art. 8.

In caso di ritardo nel regolamento dei titoli di cui al presente decreto, troveranno applicazione le disposizioni del decreto ministeriale del 5 maggio 2004, citato nelle premesse.

Art. 5.

L'onere per il rimborso dei certificati di cui al presente decreto, relativo all'anno finanziario 2013, farà carico ad appositi capitoli dello stato di previsione della spesa del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno stesso e corrispondenti al capitolo 9537 (unità di voto parlamentare 26.2) per l'importo pari al netto ricavo delle singole tranche ed al capitolo 2216 (unità di voto parlamentare 26.1) per l'importo pari alla differenza fra il netto ricavo e il valore nominale delle tranches stesse, dello stato di previsione per l'anno in corso.

L'ammontare della provvigione di collocamento prevista dall'art. 6 del citato decreto del 20 aprile 2011, sarà scritturato dalle Sezioni di Tesoreria fra i «pagamenti da regolare» e farà carico al capitolo 2247 (unità di voto parlamentare 26.1; codice gestionale 109), dello stato di previsione della spesa del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno finanziario 2011.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 24 maggio 2011

p. Il direttore generale del Tesoro: CANNATA

11A07364

DECRETO 25 maggio 2011.

Riapertura delle operazioni di sottoscrizione dei buoni del Tesoro poliennali 2,10%, indicizzati all'inflazione europea, con godimento 15 marzo 2010 e scadenza 15 settembre 2021, quattordicesima e quindicesima tranche.

IL DIRETTORE GENERALE DEL TESORO

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di debito pubblico, e, in particolare, l'art. 3, ove si prevede che il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato, in ogni anno finanziario, ad emanare decreti cornice che consentano al Tesoro, fra l'altro, di effettuare operazioni di indebitamento sul mercato interno od estero nelle forme di prodotti e strumenti finanziari a breve, medio e lungo termine, indicandone l'ammontare nominale, il tasso di interesse o i criteri per la sua determinazione, la durata, l'importo minimo sottoscrivibile, il sistema di collocamento ed ogni altra caratteristica e modalità;

Visto il decreto ministeriale n. 103469 del 28dicembre 2010, emanato in attuazione dell'art. 3 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 398 del 2003, ove si definiscono, per l'anno finanziario 2011, gli obiettivi, i limiti e le modalità cui il dipartimento del Tesoro dovrà attenersi nell'effettuare le operazioni finanziarie di cui al medesimo articolo prevedendo che le operazioni stesse vengano disposte dal direttore generale del Tesoro o, per sua delega, dal direttore della direzione seconda del Dipartimento medesimo;

Vista la determinazione n. 2670 del 10 gennaio 2007, con la quale il direttore Generale del Tesoro ha delegato il direttore della direzione seconda del dipartimento del Tesoro a firmare i decreti e gli atti relativi alle operazioni suddette;

Visti, altresì, gli articoli 4 e 11 del ripetuto decreto del Presidente della Repubblica n. 98 del 2003, riguardanti la dematerializzazione dei titoli di Stato;

Visto il decreto ministeriale 17 aprile 2000, n.143, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 130 del 6 giugno 2000, con cui è stato adottato il regolamento concernente la disciplina della gestione accentrata dei titoli di Stato;

Visto il decreto 23 agosto 2000, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 204 del 1° settembre 2000, con cui è stato affidato alla Monte Titoli S.p.A. il servizio di gestione accentrata dei titoli di Stato;

Visto il decreto ministeriale n.43044 del 5 maggio 2004, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 111 del 13 maggio 2004, recante disposizioni in caso di ritardo nel regolamento delle operazioni di emissione, concambio e riacquisto di titoli di Stato;

Vista la legge 23 dicembre 2009, n. 192 recante l'approvazione del bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2011, ed in particolare il terzo comma dell'art. 2, con cui si è stabilito il limite massimo di emissione dei prestiti pubblici per l'anno stesso;

Considerato che l'importo delle emissioni disposte a tutto il 23maggio 2011 ammonta, al netto dei rimborsi di prestiti pubblici già effettuati, a 41.399 milioni di euro;

Visti i propri decreti in data 26 aprile, 21 giugno, 22 luglio, 23 settembre, e 22 ottobre 2010, 21 febbraio e 20 aprile 2011, con i quali è stata disposta l'emissione delle prime tredici tranche dei buoni del Tesoro poliennali 2,10% con godimento 15 marzo 2010 e scadenza 15settembre 2021, indicizzati, nel capitale e negli interessi, all'andamento dell'Indice armonizzato dei prezzi al consumo nell'area dell'euro (IAPC), con esclusione dei prodotti a base di tabacco, d'ora innanzi indicato, ai fini del presente decreto, come «Indice Eurostat»;

Ritenuto opportuno, in relazione alle condizioni di mercato, disporre l'emissione di una quattordicesima tranche dei predetti buoni del Tesoro poliennali;

Decreta :

Art. 1.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398, nonché del decreto ministeriale del 28 dicembre 2010, entrambi citati nelle premesse, è disposta l'emissione di una quattordicesimatranche dei buoni del Tesoro poliennali 2,10% indicizzati all' «Indice Eurostat» («BTP €i») con godimento 15 marzo 2010 e scadenza 15 settembre 2021, di cui al decreto del 21giugno 2010, altresì citato nelle premesse, recante l'emissione della secondae terza tranche dei buoni stessi.L'emissione della predetta tranche viene disposta per un ammontare nominale compreso fra un importo minimo di 1.000 milioni di euro e un importo massimo di 1.500 milioni di euro.

Per quanto non espressamente disposto dal presente decreto, restano ferme tutte le altre condizioni, caratteristiche e modalità di emissione stabilite dal citato decreto 21 giugno 2010.

I buoni medesimi sono ammessi alla quotazione ufficiale e sono compresi tra le attività ammesse a garanzia delle operazioni di rifinanziamento presso la Banca centrale europea e su di essi, come previsto dal decreto ministeriale 28 dicembre 2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 6 dell'8 gennaio 2008, possono essere effettuate operazioni di «coupon stripping»; l'ammontare complessivo massimo che può essere oggetto di tali operazioni non può superare il 50% del capitale nominale circolante dei buoni stessi.

Le prime due cedole dei buoni emessi con il presente decreto, essendo pervenute a scadenza, non verranno corrisposte.

Art. 2.

Le offerte degli operatori relative alla tranche di cui all'art. 1 del presente decreto, dovranno pervenire entro le ore 11 del giorno 27 maggio 2011, con l'osservanza delle modalità indicate negli articoli 9 e 10 del citato decreto del 21 giugno 2010.

Le offerte non pervenute entro il suddetto termine non verranno prese in considerazione.

Successivamente alla scadenza del termine di presentazione delle offerte, verranno eseguite le operazioni d'asta, con le modalità di cui agli articoli 11 e 12 del ripetuto decreto del 21 giugno 2010.

Di tali operazioni verrà redatto apposito verbale.

Art. 3.

Non appena ultimate le operazioni di assegnazione di cui al precedente articolo, avrà inizio il collocamento della quindicesima tranche dei titoli stessi per un importo massimo pari al 10 per cento dell'ammontare nominalemassimo offerto indicato all'art. 1 del presente decreto; tale tranche supplementare sarà riservata agli operatori «specialisti in titoli di Stato», individuati ai sensi dell'art. 33 del decreto del Presidente della Repubblica n. 398 del 2003, citato nelle premesse, che abbiano partecipato all'asta della quattordicesima tranche.

La tranche supplementare verrà collocata al prezzo di aggiudicazione determinato nell'asta relativa alla tranche di cui all'art. 1 del presente decreto e verrà assegnata con le modalità indicate negli articoli 13 e 14 del citato decreto del 21 giugno 2010, in quanto applicabili.

Gli «specialisti» potranno partecipare al collocamento supplementare inoltrando le domande di sottoscrizione fino alle ore 15,30 del giorno 30 maggio 2011.

Le offerte non pervenute entro il suddetto termine non verranno prese in considerazione.

L'importo spettante di diritto a ciascuno «specialista» nel collocamento supplementare è pari al rapporto fra il valore dei titoli di cui lo specialista è risultato aggiudicatario nelle ultime tre aste «ordinarie» dei B.T.P. €i decennali, ivi compresa quella di cui all'art. 1 del presente decreto, ed il totale complessivamente assegnato, nelle medesime aste, agli operatori ammessi a partecipare al collocamento supplementare.

Delle operazioni di collocamento di cui al presente articolo verrà redatto apposito verbale.

Art. 4.

Il regolamento dei titoli sottoscritti in asta e nel collocamento supplementare sarà effettuato dagli operatori assegnatari il 31maggio 2011, al prezzo di aggiudicazione e con corresponsione di dietimi d'interesse lordi per 77 giorni.

Il controvalore da versare è calcolato moltiplicando l'importo nominale aggiudicato per il «Coefficiente di indicizzazione», riferito alla data di regolamento, per la somma del prezzo di aggiudicazione diviso 100 e del rateo reale di interesse maturato diviso 1000e sottraendo dal risultato di tale operazione l'importo della commissione di collocamento calcolata come descritto all'art. 8 del citato decreto del 21 giugno 2010. Il rateo reale di interesse è calcolato con riferimento ad una base di calcolo di 1000 euro e arrotondato alla sesta cifra decimale, secondo le convenzioni utilizzate nella procedura per il collocamento mediante asta dei buoni del Tesoro poliennali.

Ai fini del regolamento dell'operazione, la Banca d'Italia provvederà ad inserire le relative partite nel servizio di compensazione e liquidazione «EXPRESS II» con valuta pari al giorno di regolamento.

Il versamento all'entrata del bilancio statale del netto ricavo dell'emissione, e relativi dietimi, sarà effettuato dalla Banca d'Italia il medesimo giorno 31 maggio 2011.

A fronte di tali versamenti, la Sezione di Roma della Tesoreria Provinciale dello Stato rilascerà separate quietanze di entrata al bilancio dello Stato, con imputazione al Capo X, capitolo 5100 (unità di voto parlamentare 4.1.1), art. 3, per l'importo relativo al netto ricavo dell'emissione, ed al capitolo 3240 (unità di voto parlamentare 2.1.3), art. 3, per quello relativo ai dietimi d'interesse dovuti, al lordo.

In caso di ritardo nel regolamento dei titoli di cui al presente decreto, troveranno applicazione le disposizioni del decreto ministeriale del 5 maggio 2004, citato nelle premesse.

Art. 5.

Gli oneri per interessi relativi all'anno finanziario 2011, faranno carico al capitolo 2214 (unità di voto parlamentare 26.1) dello stato di previsione della spesa del Ministero dell'Economia e delle Finanze per l'anno stesso, ed a quelli corrispondenti per gli anni successivi.

L'onere per il rimborso del capitale relativo all'anno finanziario 2021, farà carico al capitolo che verrà iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno stesso, e corrispondente al capitolo 9502 (unità di voto parlamentare 26.2) dello stato di previsione per l'anno in corso.

L'ammontare della provvigione di collocamento, prevista dall'art. 8 del citato decreto del 21 giugno 2010, sarà scritturato dalle Sezioni di Tesoreria fra i «pagamenti da regolare» e farà carico al capitolo 2247 (unità previsionale di base 26.1; codice gestionale 109) dello stato di previsione della spesa del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno finanziario 2011.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 25 maggio 2011

p. *Il direttore generale del Tesoro:* CANNATA

11A07363

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 26 aprile 2011.

Riconoscimento, al sig. Antonio Nicolás Bastida, di titolo di studio estero abilitante all'esercizio in Italia della professione di medico.

IL DIRETTORE GENERALE
DELLE RISORSE UMANE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Vista la direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali così come modificata dalla direttiva 2006/100 CE del Consiglio del 20 novembre 2006;

Visto il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206 di attuazione della Direttiva 2005/36/CE;

Visto l'art. 16, comma 5, del citato decreto legislativo n. 206 del 9 novembre 2007, che prevede che le disposizioni di cui al comma 3 del medesimo articolo non si applicano se la domanda di riconoscimento ha per oggetto titoli identici a quelli su cui è stato provveduto con precedente decreto e nei casi di cui al Capo IV sezioni I, II, III, IV, V, VI, e VII del citato decreto legislativo;

Visti in particolare gli articoli 31, 32, 35, 43 e 45 del Capo IV del menzionato decreto legislativo concernente «Riconoscimento sulla base del coordinamento delle condizioni minime di formazione»;

Vista l'istanza del 18 marzo 2011, corredata da relativa documentazione, con la quale il Sig. Antonio Nicolás Bastida nato a Murcia (Spagna) il giorno 6 febbraio 1965, di cittadinanza spagnola, ha chiesto a questo Ministero il riconoscimento del titolo di «Licenciado en Medicina y Cirugía» rilasciato in data 28 settembre 1990 dalla Universidad de Murcia - Spagna - al fine dell'esercizio, in Italia, della professione di medico;

Accertata la completezza e la regolarità della documentazione prodotta dall'interessato;

Accertata la sussistenza dei requisiti di legge per il riconoscimento automatico del titolo in questione sulla base del coordinamento delle condizioni minime di formazione di cui al decreto legislativo n. 206 del 9 novembre 2007;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni;

Decreta:

Art. 1.

A partire dalla data del presente Decreto, il titolo di «Licenciado en Medicina y Cirugía» rilasciato dalla Universidad de Murcia - Spagna - in data 28 settembre 1990 al Sig. Antonio Nicolás Bastida, nato a Murcia (Spagna) il giorno 6 febbraio 1965, di cittadinanza spagnola, è riconosciuto quale titolo abilitante all'esercizio in Italia della professione di medico.

Art. 2.

Il Sig. Antonio Nicolás Bastida è autorizzato ad esercitare in Italia la professione di medico previa iscrizione all'Ordine professionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri territorialmente competente, che provvede ad accertare il possesso, da parte dell'interessato, delle conoscenze linguistiche necessarie per lo svolgimento della professione ed informa questo Dicastero della avvenuta iscrizione.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 26 aprile 2011

Il direttore generale: LEONARDI

11A06639

DECRETO 2 maggio 2011.

Rettifica al decreto 19 aprile 2011 di riconoscimento, al sig. Giuseppe Giancola, di titolo di studio estero abilitante all'esercizio in Italia della professione di odontoiatra.

IL DIRETTORE GENERALE
DELLE RISORSE UMANE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Visto il proprio decreto dirigenziale in data 19 aprile 2011 con il quale è stato riconosciuto al Signor Giuseppe Giancola, il titolo di «Licenciado en odontologia» rilasciato in data 26 febbraio 2010 dalla Universidad Alfonso X El Sabio - Spagna - al fine dell'esercizio, in Italia, della professione di odontoiatria;

Vista la nota trasmessa dal Sig. Giuseppe Giancola in data 21 aprile 2011 nella quale l'interessato ha segnalato che nel menzionato decreto 19 aprile 2011 è stata erroneamente indicata quale data di nascita il 7 ottobre 1949 anziché il 9 ottobre 1949;

Vista la documentazione agli atti dalla quale risulta che effettivamente il sig. Giuseppe Giancola è nato a Grottaglie (Taranto) (Italia) il giorno 9 ottobre 1949 e non il giorno 7 ottobre 1949;

Preso atto che nel predetto decreto in data 19 aprile 2011, per mero errore materiale, nel quinto «Visto» della premessa, recita: Vista l'istanza dell'11 maggio 2010, corredata da relativa documentazione, con la quale il Sig. Giuseppe Giancola nato a Grottaglie (Taranto) (Italia) il giorno 7 ottobre 1949, di cittadinanza italiana, ha chiesto a questo Ministero il riconoscimento del titolo di «Licenciado en odontologia» rilasciato in data 26 febbraio 2010 dalla Universidad Alfonso X El Sabio - Spagna - al fine dell'esercizio, in Italia, della professione di odontoiatra;

Preso atto altresì che in detto decreto, per mero errore materiale l'art. 1 del dispositivo cita: «il sig. Giuseppe Giancola nato a Grottaglie (Taranto) (Italia) il giorno 7 ottobre 1949» anziché «il sig. Giuseppe Giancola nato a Grottaglie (Taranto) (Italia) il giorno 9 ottobre 1949»;

Ritenuto per i motivi suesposti, di procedere alla parziale rettifica del predetto decreto dirigenziale in data 19 aprile 2011;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni;

Decreta:

Art. 1.

Il quinto Visto del decreto dirigenziale in data 19 aprile 2011, è così sostituito: Vista l'istanza dell'11 maggio 2010, corredata da relativa documentazione, con la quale il Sig. Giuseppe Giancola nato a Grottaglie (Taranto) (Italia) il giorno 9 ottobre 1949, di cittadinanza italiana, ha chiesto a questo Ministero il riconoscimento del titolo di «Licenciado en odontologia» rilasciato in data 26 febbraio 2010 dalla Universidad Alfonso X El Sabio - Spagna - al fine dell'esercizio, in Italia, della professione di odontoiatra;

Art. 2.

L'art. 1 del decreto dirigenziale in data 19 aprile 2011, è così sostituito: A partire dalla data del presente Decreto, il titolo di «Licenciado en odontologia» rilasciato dalla Universidad Alfonso X El Sabio - Spagna - in data 26 febbraio 2010 al Sig. Giuseppe Giancola, nato a Grottaglie (Taranto) (Italia) il giorno 9 ottobre 1949, di cittadinanza italiana, è riconosciuto quale titolo abilitante all'esercizio in Italia della professione di odontoiatra;

Art. 3.

Il presente decreto così modificato dispiega efficacia a decorrere dal 19 aprile 2011.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 2 maggio 2011

Il direttore generale: LEONARDI

11A06637

DECRETO 2 maggio 2011.

Riconoscimento, al sig. Angelo Mazza, di titolo di studio estero abilitante all'esercizio in Italia della professione di medico specialista in pediatria.

IL DIRETTORE GENERALE
DELLE RISORSE UMANE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Vista la direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali così come modificata dalla direttiva 2006/100 CE del Consiglio del 20 novembre 2006;

Visto il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206 di attuazione della Direttiva 2005/36/CE;

Visto l'art. 16, comma 5, del citato decreto legislativo n. 206 del 9 novembre 2007, che prevede che le disposizioni di cui al comma 3 del medesimo articolo non si applicano se la domanda di riconoscimento ha per oggetto titoli identici a quelli su cui è stato provveduto con precedente decreto e nei casi di cui al Capo IV sezioni I, II, III, IV, V, VI, e VII del citato decreto legislativo;

Visti in particolare gli articoli 31, 32, 35, 43 e 45 del Capo IV del menzionato decreto legislativo concernente «Riconoscimento sulla base del coordinamento delle condizioni minime di formazione»;

Vista l'istanza dell'11 aprile 2011, corredata da relativa documentazione, con la quale il Sig. Angelo Mazza nato a Trescore Balneario (Bergamo) (Italia) il giorno 19 gennaio 1978, di cittadinanza italiana, ha chiesto a questo Ministero il riconoscimento del titolo di «Medico specialista in Pediatria» rilasciato in data 31 marzo 2011 dalla Confederazione svizzera - Svizzera - al fine di avvalersi, in Italia, del titolo di medico specialista in pediatria;

Accertata la completezza e la regolarità della documentazione prodotta dall'interessato;

Accertata la sussistenza dei requisiti di legge per il riconoscimento automatico del titolo in questione sulla base del coordinamento delle condizioni minime di formazione di cui al decreto legislativo n. 206 del 9 novembre 2007;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni;

Decreta:

Art. 1.

A partire dalla data del presente Decreto, il titolo di «Medico specialista in Pediatria» rilasciato dalla Confederazione svizzera - Svizzera - in data 31 marzo 2011 al Sig. Angelo Mazza, nato a Trescore Balneario (Bergamo) (Italia) il giorno 19 gennaio 1978, di cittadinanza italiana, è riconosciuto quale titolo di medico specialista in pediatria.

Art. 2.

Il Sig. Angelo Mazza già iscritto all'Ordine professionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Bergamo è pertanto autorizzato ad avvalersi in Italia del titolo di medico specialista in pediatria previa esibizione del presente provvedimento al predetto Ordine, che provvede a quanto di specifica competenza e comunica a questa Amministrazione l'avvenuta annotazione.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 2 maggio 2011

Il direttore generale: LEONARDI

11A06638

DECRETO 4 maggio 2011.

Riconoscimento, alla sig.ra Vecsunka Ileana, di titolo di studio estero abilitante all'esercizio in Italia della professione di infermiere.

IL DIRETTORE GENERALE
DELLE RISORSE UMANE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Vista la legge 25 gennaio 2006, n. 29, recante disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee ed in particolare l'art. 1, commi 1, 3 e 4, e l'allegato B;

Visto il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, di attuazione della direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, così come modificata dalla direttiva 2006/100/CE del Consiglio del 20 novembre 2006;

Visto, in particolare, l'art. 32 del succitato decreto legislativo che stabilisce il principio di riconoscimento sulla base dei diritti acquisiti;

Vista l'istanza, corredata dalla relativa documentazione, con la quale la signora Vecsunka Ileana nata a Poienile De Sub Hunte (Romania) il giorno 5 giugno 1965, chiede il riconoscimento del titolo professionale di asistent medical generalist, domeniul sanatate si asistenta pedagogica conseguito in Romania presso la Scuola Postliceale Sanitaria «Grigore Moisil» di Viseu De Sus nell'anno 2010, al fine dell'esercizio, in Italia, dell'attività professionale di infermiere;

Visto l'attestato di conformità rilasciato dall'Autorità competente rumena in data 7 febbraio 2011 e relativa traduzione che certifica che l'interessata ha portato a termine una formazione che compie le condizioni di preparazione menzionate dall'art. 31 della Direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio, e che il titolo di qualifica nella professione di infermiere professionale generalista menzionato, è assimilato a quello previsto per la Romania nell'allegato V punto 5.2.2. del predetto atto comunitario;

Accertata la completezza e la regolarità della documentazione prodotta dalla richiedente;

Rilevata la corrispondenza dell'attività che detto titolo consente in Romania con quella esercitata in Italia dall'infermiere;

Accertata, pertanto, la sussistenza dei requisiti di legge per il riconoscimento del titolo in questione sulla base del coordinamento delle condizioni minime di formazione di cui al Titolo III, Capo IV del citato decreto legislativo n. 206 del 2007;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni;

Decreta:

Art. 1.

Il titolo di «asistent medical generalist, domeniul sanatate si asistenta pedagogica» conseguito in Romania presso la Scuola Postliceale Sanitaria «Grigore Moisil» di Viseu De Sus nell'anno 2010, dalla signora Vecsunka Ileana nata a Poienile De Sub (Romania) il 5 giugno 1965, è riconosciuto ai fini dell'esercizio in Italia della professione di infermiere.

Art. 2.

La signora Vecsunka Ileana è autorizzata ad esercitare in Italia la professione di infermiere previa iscrizione al Collegio professionale territorialmente competente, che provvede ad accertare il possesso, da parte dell'interessata, delle conoscenze linguistiche necessarie per lo svolgimento della professione ed informa questo Ministero dell'avvenuta iscrizione.

Il presente decreto, ai sensi dell'art. 16, comma 6, del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 4 maggio 2011

Il direttore generale: LEONARDI

11A06636

MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE ALIMENTARI E FORESTALI

PROVVEDIMENTO 5 maggio 2011.

Modifica del disciplinare di produzione della denominazione «Valle d'Aosta Lard d'Arnad/Vallèe d'Aoste Lard d'Arnad» registrata in qualità di denominazione di origine protetta in forza al Regolamento CE n. 1263 del 1° luglio 1996.

IL DIRETTORE GENERALE
DELLO SVILUPPO AGROALIMENTARE
E DELLA QUALITÀ

Visto il regolamento (CE) n. 510 del Consiglio del 20 marzo 2006 relativo alla protezione delle indicazioni geografiche e delle denominazioni di origine dei prodotti agricoli e alimentari;

Visto il regolamento CE n. 1263 della Commissione del 1° luglio 2006 con il quale è stata iscritta nel registro delle denominazioni di origine protette e delle indicazioni geografiche protette la denominazione di origine protetta «Valle d'Aosta Lard d'Arnad/Vallèe d'Aoste Lard d'Arnad»;

Considerato che, è stata richiesta ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (CE) n. 510/06 una modifica del disciplinare di produzione della denominazione di origine protetta di cui sopra;

Considerato che, con Regolamento (UE) n. 416 della Commissione del 26 aprile 2011, è stata accolta la modifica di cui al precedente capoverso;

Ritenuto che sussista l'esigenza di pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana il disciplinare di produzione attualmente vigente, a seguito della registrazione della modifica richiesta, della D.O.P. «Valle d'Aosta Lard d'Arnad/Vallèe d'Aoste Lard d'Arnad», affinché le disposizioni contenute nel predetto documento siano accessibili per informazione erga omnes sul territorio nazionale:

Provvede:

Alla pubblicazione degli allegati disciplinare di produzione e scheda riepilogativa della Denominazione di origine protetta «Valle d'Aosta Lard d'Arnad/Vallèe d'Aoste Lard d'Arnad», nella stesura risultante a seguito dell'emanazione del Regolamento (UE) n. 416 del 26 aprile 2011.

I produttori che intendono porre in commercio la denominazione di origine protetta «Valle d'Aosta Lard d'Arnad/Vallèe d'Aoste Lard d'Arnad», sono tenuti al rispetto dell'allegato disciplinare di produzione e di tutte le condizioni previste dalla normativa vigente in materia.

Roma, 5 maggio 2011

Il direttore generale ad interim: VACCARI

ALLEGATO

DISCIPLINARE DI PRODUZIONE DELLA DENOMINAZIONE D'ORIGINE PROTETTA

«VALLE D'AOSTA LARD D'ARNAD» o «VALLÉE D'AOSTE LARD D'ARNAD»

Art. 1.

Denominazione

La denominazione di origine protetta «Valle d'Aosta Lard d'Arnad» o «Vallée d'Aoste Lard d'Arnad» è riservata al prodotto di salumeria che risponde alle condizioni e ai requisiti stabiliti nel presente disciplinare di produzione.

Art. 2.

Zona di produzione

Gli allevamenti dei suini destinati alla produzione del Valle d'Aosta Lard d'Arnad debbono essere situati nel territorio delle seguenti regioni: Valle d'Aosta, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna e Piemonte.

I suini nati, allevati e macellati nelle suddette regioni sono conformi alle prescrizioni già stabilite a livello nazionale per la materia prima dei prosciutti di Parma e S. Daniele.

Gli allevamenti devono infatti attenersi alle citate prescrizioni per quanto concerne razze, alimentazione e metodologia di allevamento.

I suini debbono essere di peso non inferiore ai 160 kg, più o meno 10%, di età non inferiore ai nove mesi, aventi le caratteristiche proprie del suino pesante italiano definite ai sensi del Reg. CEE n. 3220/84 concernente la classificazione commerciale delle carcasse suine.

Il macellatore è responsabile della corrispondenza qualitativa e di origine dei tagli. Il certificato del macello, che accompagna ciascuna partita di materia prima e ne attesta la provenienza e la tipologia, deve essere conservato dal produttore. I relativi controlli vengono effettuati direttamente dall'Autorità di controllo indicata nel successivo art. 7.

La zona di elaborazione del Lard d'Arnad è rappresentata dal territorio comunale di Arnad (Regione Autonoma Valle d'Aosta).

Art. 3.

Materie prime

Il «Valle d'Aosta Lard d'Arnad» è ottenuto dalla spalla e dal dorso dei suini di almeno nove mesi e all'immissione al consumo presenta uno spessore non inferiore a 3 cm di lardo.

Nel procedimento di salatura si impiegano, oltre alla salamoia composta da acqua e cloruro di sodio cristallizzato, aglio, lauro, rosmarino e salvia con l'eventuale presenza di altre erbe aromatiche ed eventualmente spezie non macinate quali ad esempio chiodi di garofano, noce moscata, bacche di ginepro. Sia le erbe aromatiche che le spezie non devono comunque essere predominati su rosmarino, aglio, salvia e lauro. Possono altresì essere usate, in relazione all'andamento stagionale ed alle produzioni, erbe aromatiche locali, spontanee o coltivate, raccolte sul territorio regionale.

Art. 4.

Metodo di elaborazione

L'elaborazione del Valle d'Aosta Lard d'Arnad deve avvenire interamente nella zona geografica individuata da territorio comunale di Arnad (Regione Autonoma Valle d'Aosta).

Il regime climatico dell'area di elaborazione è determinante nella dinamica del ciclo produttivo che è strettamente legato alle tipiche condizioni ambientali.

Il lardo deve essere tagliato e collocato negli appositi contenitori di legno (Doils) dopo non oltre 48 ore dall'avvenuta macellazione.

Il legno usato per costruire i doils deve essere di castagno, rovere o larice.

Durante questo periodo di tempo la temperatura è mantenuta bassa per conservare inalterate le caratteristiche del prodotto.

Durante l'operazione di collocamento nei doils si alternano ad ogni strato di lardo uno strato di sale ed aromi procedendo in tal modo fino al riempimento del recipiente; il tutto è successivamente ricoperto di acqua salata, portata prima ad ebollizione e poi lasciata raffreddare, in modo da ottenere la salamoia necessaria per la conservazione del lardo.

Art. 5.

Stagionatura

Il lardo deve riposare all'interno dei doils per un periodo non inferiore ai 3 mesi.

Art. 6.

Caratteristiche

All'atto dell'immissione al consumo il «Valle d'Aosta Lard d'Arnad» presenta le seguenti caratteristiche:

Caratteristiche fisiche

Forma: in pezzi di diversa dimensione a seconda del taglio e della tecnologia con una altezza del lardo non inferiore a 3 cm. Ogni pezzo conserva sul lato la cotenna.

Aspetto esterno: colore bianco con possibile presenza di un leggero strato di carne mentre il cuore è normalmente rosato chiaro senza venature.

Caratteristiche organolettiche

Odore: ricco di aromi;

Gusto: gusto piacevole che ricorda le erbe usate nella miscela per la salamoia.

Art. 7.

Controlli

Fatte salve le competenze attribuite dalla legge al medico veterinario ufficiale (USL) dello stabilimento - il quale ai sensi del capitolo IV «controllo della produzione» del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 537, accerta e mediante una ispezione adeguata controlla che i prodotti a base di carne rispondano ai criteri di produzione stabiliti dal produttore e, in particolare, che la composizione corrisponda realmente alle diciture dell'etichetta essendogli attribuita tale funzione specialmente nel caso in cui sia usata la denominazione commerciale di cui al capitolo V, punto 4 del sopracitato decreto legislativo (la denominazione commerciale seguita dal riferimento alla norma o legislazione nazionale che l'autorizza) - la vigilanza per l'applicazione delle disposizioni del presente disciplinare di produzione è svolta dal Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali il quale può avvalersi ai fini della vigilanza sulla produzione e sul commercio del Consorzio tra i produttori, o di altro Organismo a tal fine costituito come stabilito dall'art. 10 del Regolamento CEE di riferimento.

Art. 8.

Designazione e presentazione

La designazione «Lard d'Arnad» deve essere apposta con caratteri chiari ed indelebili, nettamente distinti da ogni altra scritta ed essere seguita dalla menzione Denominazione di Origine Protetta.

La designazione può essere apposta in lingua italiana «Valle d'Aosta Lard d'Arnad» od in lingua francese «Vallèe d'Aoste Lard d'Arnad».

Tali indicazioni possono essere abbinate al logo della denominazione.

È vietata l'aggiunta di qualsiasi qualificazione non espressamente prevista.

È tuttavia consentito l'utilizzo di indicazioni che facciano riferimento a nomi o ragioni sociali o marchi privati purché non abbiano significato laudativo o tali da trarre in inganno il consumatore, nonché l'eventuale nome di aziende suinicole da cui allevamenti il prodotto deriva.

SCHEDA RIEPILOGATIVA

Regolamento (CE) n. 510/2006 del Consiglio relativo alla protezione delle indicazioni geografiche e delle denominazioni di origine «Valle d'Aosta Lard d'Arnad» o «Vallée d'Aoste Lard d'Arnad»

N° CE:

D.O.P. (X) I.G.P. ( )

La presente scheda riepilogativa presenta ai fini informativi gli elementi principali del disciplinare.

1. Servizio competente dello Stato membro:

Nome: Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali

Indirizzo: Via XX Settembre, 20 - 00187 Roma

Tel: 06 - 46655106

Fax: 06 - 46655306

E-mail: saco7@politicheagricole.gov.it

2. Associazione:

Nome: Comité pour la valorisation des produits typiques d'Arnad «Lo Doil»

Indirizzo: c/o Municipio via Clos n. 3 - fraz. Closè - 11020 Arnad (AO)

Tel. 0125966300

Fax: 0125966351

E-mail: Composizione: Produttori/Trasformatori (x) Altro ( ).

3. Tipo di prodotto: Classe 1.2 - Prodotti a base di carne

4. Disciplinare: (sintesi dei requisiti di cui all'art. 4, paragrafo 2, del regolamento (CE) n. 510/2006)

4.1 Nome: «Valle d'Aosta Lard d'Arnad» oppure «Vallée d'Aoste Lard d'Arnad»

4.2 Descrizione: Per «Valle d'Aosta Lard d'Arnad» si intende il prodotto ottenuto da maiali provenienti da allevamenti presenti nelle regioni Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Veneto e Emilia Romagna, in conformità con quanto previsto dal disciplinare di produzione utilizzando la spalla e il dorso di suini adulti di almeno nove mesi. I suini debbono essere di peso non inferiore ai 160 kg, più o meno 10%. Il prodotto finito dopo la stagionatura si presenta di forma variabile, di altezza non inferiore ai 3 cm., di colore bianco con presenze di striature carne nello strato superficiale, mentre la parte interna è rosata senza venature.

4.3 Zona geografica: I suini destinati alla produzione del «Valle d'Aosta Lard d'Arnad» debbono essere nati, allevati e macellati nel territorio delle seguenti regioni: Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto.

Il «Valle d'Aosta Lard d'Arnad» viene prodotto esclusivamente all'interno del territorio comunale di Arnad, nella Regione autonoma Valle d'Aosta.

4.4 Prova dell'origine: Ogni fase del processo produttivo viene monitorata documentando per ognuna gli input e gli output. In questo modo, e attraverso l'iscrizione in appositi elenchi gestiti dalla struttura di controllo, degli allevatori, dei macellatori, dei sezionatori, e dei produttori, nonché attraverso la denuncia tempestiva alla struttura di controllo delle quantità prodotte, è garantita la tracciabilità del prodotto. Tutte le persone, fisiche o giuridiche, iscritte nei relativi elenchi, sono assoggettate al controllo da parte della struttura di controllo.

4.5 Metodo di ottenimento: Le carni del maiale devono innanzitutto essere affinate tramite un'alimentazione che esclude mangimi integrati e prevede alcuni alimenti particolari. Il lardo si ottiene dalla spalla e dal dorso del maiale e non deve essere inferiore a tre centimetri di spessore.

Il lardo deve essere tagliato e collocato negli appositi contenitori di legno (doils) dopo non oltre 48 ore dal giorno successivo alla macellazione, alternando ad ogni strato di lardo uno strato di sale ed aromi e procedendo in tal modo quasi fino alla sommità del doil; il tutto deve essere successivamente ricoperto di acqua salata, portata fino ad ebollizione e fatta poi raffreddare. Il legno usato per costruire i doils deve essere di castagno, rovere o larice.

Il lardo deve riposare (stagionatura) all'interno del doil per un periodo non inferiore a tre mesi.

4.6 Legame con l'ambiente geografico: I requisiti del prodotto a denominazione di origine dipendono dalle condizioni ambientali e dai fattori naturali ed umani. In particolare la caratterizzazione della materia prima è peculiare della macrozona geografica delimitata.

Nell'area di approvvigionamento della materia prima, l'evoluzione della zootecnia è legata alla larga presenza di coltivazioni cerealicole ed ai sistemi di lavorazione dell'industria casearia, particolarmente specializzata, che hanno determinato la vocazione produttiva della suinicoltura locale.

L'elaborazione localizzata del Lard d'Arnad trae origine da una pratica artigianale consolidata nel tempo e radicata nella tradizione degli abitanti del Comune di Arnad.

La particolarità del Lard d'Arnad è legata ad ogni sua fase del processo produttivo. Dalla alimentazione dei maiali, che esclude mangimi integrati per lasciare spazio ad alimenti naturali, alla trasformazione, taglio e pulitura fino alla lavorazione.

4.7 Organismo di controllo:

Nome: Istituto Nord Est Qualità - INEQ

Indirizzo:Via Rodeano, 71 - 33038 San Daniele del Friuli (Udine)

Tel.: 0432940349

Fax: 0432.943357

E-mail:info@ineq.it

4.8 Etichettatura: Il prodotto immesso al consumo deve recare la dicitura in italiano «Valle d'Aosta Lard d'Arnad» o in francese «Vallée d'Aoste Lard d'Arnad» seguita dalla menzione «Denominazione di Origine Protetta» e dell'eventuale contrassegno.

4.9 Condizioni nazionali: Si richiamano le disposizioni generali di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 537 e relativi atti collegati in materia di produzioni a base di carne.

11A06640

DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

AGENZIA DEL TERRITORIO

DECRETO 12 maggio 2011.

Accertamento del periodo di mancato funzionamento dei servizi catastali ed erariali dell'Ufficio provinciale di Caserta.

IL DIRETTORE REGIONALE
DELLA CAMPANIA E BASILICATA

Visto il decreto-legge 21 giugno 1961, n. 498, convertito, con modificazioni, nella legge 28 luglio 1961, n. 770, recante norme per la sistemazione di talune situazioni dipendenti da mancato o irregolare funzionamento degli Uffici Finanziari;

Vista la legge 25 ottobre 1985, n. 592;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

Visto il decreto del Ministero delle finanze del 28 dicembre 2000, n. 1390, registrato alla Corte dei Conti il 29 dicembre 2000, registro n. 5 Finanze, foglio n. 278, con cui, a decorrere dal 1° gennaio 2001, è stata resa esecutiva l'Agenzia del Territorio prevista dall'art. 64 del decreto legge 30 luglio 1999, n. 300;

Visto l'art. 10 del decreto legislativo 26 gennaio 2001, n. 32, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 53 del 5 marzo 2001, che ha modificato gli articoli 1 e 3 del citato decreto legge n. 498/61, sancendo che, prima dell'emissione del decreto di accertamento del periodo di mancato o irregolare funzionamento dell'ufficio, occorre verificare che lo stesso non sia dipeso da disfunzioni organizzative dell'Amministrazione Finanziaria e sentire al riguardo il Garante del contribuente;

Vista la Disposizione dell'Agenzia del Territorio del 10 aprile 2001, prot. n. R/16123, che individua nella Direzione Compartimentale la struttura competente ad adottare i decreti di mancato o irregolare funzionamento degli Uffici dell'Agenzia;

Vista la Disposizione organizzativa n. 24, del 26 febbraio 2003, prot. n. 17500/2003, con la quale l'Agenzia del Territorio dispone l'attivazione, a far data dal 1° marzo 2003, delle Direzioni Regionali e la contestuale cessazione delle Direzioni Compartimentali;

Vista la Disposizione organizzativa n. 73, del 21 gennaio 2009, prot. n. 3804, con la quale è stata istituita la Direzione Regionale Campania e Basilicata dal 1° marzo 2009;

Vista la nota dell'Ufficio Provinciale di Caserta, prot. n. 3721 del 9 maggio 2011, con la quale è stato comunicato il mancato funzionamento dei Servizi Catastali ed Erariali per le intere giornate del 5 e 6 maggio 2011;

Accertato che il mancato funzionamento dei Servizi Catastali ed Erariali nella sede dell'Ufficio Provinciale di Caserta dell'Agenzia del Territorio, è da attribuirsi alle violente perturbazioni atmosferiche della notte precedente, che hanno provocato un guasto al «Server D.B. Censuario».

Ritenuto che la suesposta causa deve considerarsi evento di carattere eccezionale non riconducibile a disfunzioni organizzative dell'Ufficio;

Sentito il Garante del contribuente che, con nota n. 534 del 12 maggio 2011, ha espresso parere favorevole in merito.

Decreta:

È accertato il mancato funzionamento dei Servizi Catastali ed Erariali nella sede dell'Ufficio Provinciale dell'Agenzia del Territorio di Caserta, per le intere giornate del 5 e del 6 maggio 2011.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Napoli, 12 maggio 2011

Il direttore regionale: FRATELLO

11A06801

CONFERENZA UNIFICATA

ACCORDO 5 maggio 2011.

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali sul documento «Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza». (Rep. n. 44/CU).

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 5 maggio 2011:
Visto l'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera *c)*, in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;
Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante «Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale»;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, in particolare l'art. 8-*octies*, che prevede che le Regioni e le Aziende unità sanitarie locali attivino un sistema di monitoraggio e controllo sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni rese;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private», che definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità in termini metodologici e prevede tra i requisiti generali richiesti alle strutture pubbliche e private che le stesse siano dotate di un insieme di attività e procedure relative alla gestione, valutazione e miglioramento della qualità;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 di «Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza», nel quale viene indicata la necessità di individuare percorsi diagnostico-terapeutici sia per il livello di cura ospedaliero che per quello territoriale;

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, approvato con decreto del Presidente della Repubblica il 7 aprile 2006 che, nell'affrontare la problematica assistenziale della non autosufficienza e della disabilità, pone l'accento sulla necessità di agire sul potenziamento dell'assistenza territoriale, sull'integrazione dei servizi sanitari e sociali, anche mediante la realizzazione di reti assistenziali con i necessari supporti tecnologici;

Vista la nota pervenuta in data 5 ottobre 2010, diramata con lettera del 11 ottobre 2010, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di accordo indicata in oggetto;

Vista la nota in data 28 marzo 2011 con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova versione della proposta di accordo in parola, che tiene conto degli approfondimenti condotti nel corso della riunione tecnica svoltasi il 3 novembre 2010;

Considerato che tale nuova versione, con lettera in data 5 aprile 2011, è stata diramata alle Regioni e Province autonome ed agli Enti locali;

Considerato che, nel corso della riunione tecnica del 28 aprile 2011, le Regioni e le Province autonome hanno proposto alcune modifiche dello schema di accordo in parola le quali sono state ritenute accoglibili dal Ministero della salute;

Considerato che, nel corso della medesima riunione tecnica del 28 aprile 2011, il rappresentante dell'ANCI ha espresso parere tecnico favorevole;

Vista la lettera in data 29 aprile 2011 con la quale il Ministero della salute ha inviato la definitiva versione dello schema di accordo in parola, che recepisce la modifiche concordate nel corso della predetta riunione tecnica;

Vista la nota del 29 aprile 2011 con la quale la definitiva versione dello schema di accordo è stata diramata alle Regioni e Province autonome ed alle Autonomie locali;

Acquisito nell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome e degli Enti locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome e gli enti locali, nei seguenti termini:

PREMESSO CHE:

- il decreto ministeriale del 12 settembre 2005 che ha istituito la Commissione tecnico scientifica sullo Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza per lo studio e la ricerca di carattere statistico, medico, scientifico e giuridico delle dimensioni del fenomeno connesso ai pazienti in Stato Vegetativo e/o minimamente cosciente nel nostro Paese;
- il documento «Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza» è stato elelaborato a conclusione dei lavori della predetta Commissione;
- il decreto ministeriale 23 maggio 2008 ha conferito delega di attribuzioni del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali al Sottosegretario di Stato, On. Eugenia Roccella, per taluni atti di competenza dell'amministrazione;
- il decreto ministeriale 15 ottobre 2008 ha istituto il «Gruppo di Lavoro sullo Stato Vegetativo e di Minima Coscienza», presieduto dal Sottosegretario di Stato, On. Eugenia Roccella;
- il numero e l'aspettativa di vita di soggetti in Stato Vegetativo e di Minima Coscienza è in progressivo aumento in tutti i paesi industrializzati;
- il progresso tecnico-scientifico e l'implementazione delle conoscenze e delle tecniche nel campo della rianimazione hanno determinato sia un miglioramento della qualità dell'assistenza che una prolungata sopravvivenza a patologie degenerative e cerebrali;
- la necessità di definire percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali costruiti sulla appropriatezza e sulla centralità effettiva del paziente;
- il risultato dell'attività svolta dal Gruppo di Lavoro istituito con decreto ministeriale 15 ottobre 2008, che ha prodotto il documento «Stato Vegetativo e di Minima Coscienza - Epidemiologia, evidenze scientifiche e modelli assistenziali» è consultabile nel portale del Ministero della Salute;
- il documento illustra ed esamina aspetti di diagnosi, cura e assistenza dei pazienti in Stato Vegetativo e li contestualizza all'interno di modelli di percorsi assistenziali delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite;
- tramite un approccio multidisciplinare di qualificati professionisti, questi percorsi sono finalizzati ad assicurare la "presa in carico" del paziente e dei familiari dalla

fase acuta al reinserimento domiciliare e che il percorso si articola come un sistema integrato "coma to community";

- il documento del gruppo di lavoro propone approcci clinici e suggerimenti operativi che scaturiscono dall'esperienza di esperti qualificati con l'obiettivo di mettere a disposizione delle regioni, che ne valuteranno l'adattabilità alla propria specifica realtà, modelli e requisiti organizzativi, anche di eccellenza, che agevolino la realizzazione dei percorsi di diagnosi e cura prospettati in una logica di rete;

SI CONVIENE:

- sulla necessità che ciascuna Amministrazione definisca, con atto formale, lo specifico percorso assistenziale da seguire per le persone in condizione di S.V. e S.M.C. Tale percorso, partendo da quanto già attuato e in particolare dalle eventuali positive esperienze già realizzate nel proprio territorio, dovrà tener conto delle considerazioni cliniche contenute nelle linee di indirizzo di cui all'art. 10, e inserirsi in modo strutturale all'interno dell'organizzazione e programmazione sanitaria caratterizzante ciascuna Regione e Provincia Autonoma. Tali percorsi dovranno essere trasferiti nelle carte dei servizi e dovranno essere comunicati con chiarezza alle famiglie, in modo di accompagnarle e supportarle durante tutte le fasi dell'assistenza e presa in carico del proprio congiunto;

- che i percorsi dovranno prevedere il tipo di assistenza erogata e la relativa organizzazione dalla fase iperacuta e critica, a quella post-acuta fino a quella di stato e di possibile rientro a domicilio della persona in condizione di S.V. e S.M.C. Particolare attenzione dovrà essere posta nelle modalità di passaggio da una fase all'altra e nelle modalità di dimissione protetta tra l'assistenza prestata in un determinato ambito o servizio e quella prestata nell'ambito o servizio successivo, in modo da evitare fratture nella continuità assistenziale e condizioni di improprio abbandono delle famiglie;

- che nella fase acuta è necessario porre attenzione immediata agli aspetti funzionali e conseguentemente riabilitativi, fin dalla degenza in reparti critici, riducendo, per quanto consentito dalle condizioni cliniche del paziente, la permanenza in reparti di rianimazione e intensivi e collocando al più presto il paziente in ambienti anche sub intensivi, dove l'attenzione al suo stato funzionale possa essere affidata a professionisti particolarmente esperti nel settore delle gravi Cerebro Lesioni Acquisite;

- che nella fase post-acuta è essenziale prevedere unità dedicate alla neuro-riabilitazione intensiva e alle gravi cerebro lesioni acquisite e il loro collegamento in rete con gli altri servizi di riabilitazione sia a breve sia a più lungo termine;

- che nella fase di stato è indispensabile prevedere sia una soluzione di assistenza domiciliare integrata, sia una di assistenza residenziale in strutture extra-ospedaliere. La scelta della soluzione più adeguata, in funzione delle condizioni generali della persona in S.V. e S.M.C. e della sua famiglia, deve essere prospettata dai servizi e condivisa dalle famiglie. Tale scelta potrà cambiare nel tempo in funzione dei possibili mutamenti della situazione della persona in S.V. e S.M.C. e delle condizioni della famiglia;

- che in tutto il percorso assistenziale, fin dalle prime fasi, devono essere previste modalità adeguate di informazione e comunicazione con la famiglia, di supporto per i familiari più impegnati nell'assistenza, con particolare riguardo al caregiver, di aiuto nelle fasi più critiche e decisionali nella gestione del congiunto. Le strutture extra-ospedaliere dedicate all'assistenza residenziale delle persone in S.V. e S.M.C. potranno essere utilizzate anche per ricoveri di sollievo per le famiglie impegnate nell'assistenza domiciliare del familiare;

- di promuovere a livello nazionale e regionale adeguate forme di consultazione con le associazioni dei familiari;

- di promuovere iniziative e interventi finalizzati al monitoraggio della qualità dell'assistenza erogata sulla base di idonei flussi informativi afferenti al NSIS e di specifiche indagini epidemiologiche;

- di promuovere l'adozione di linee guida nazionali su aspetti clinici con particolare riferimento ai criteri di stabilizzazione clinica e di passaggio tra settings;

- sul documento «Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza» di cui all'allegato 1, parte integrante del presente atto, che scaturise dall'esperienza di esperti qualificati e da esperti delle singole Regioni, con l'obiettivo di mettere a disposizione delle Regioni, che ne valuteranno l'adattabilità alla propria specifica realtà, modelli e requisiti organizzativi, anche di eccellenza, che agevolino la realizzazione dei percorsi di diagnosi e cura prospettati in una logica di rete.

- il predetto documento, allegato al presente accordo, ne costituisce il riferimento culturale e di contesto per quanto convenuto.

Roma, 5 maggio 2011

Il Presidente: FITTO

Il Segretario: SINISCALCHI

Allegato 1

LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA

INTRODUZIONE

Il documento ha lo scopo di definire linee di indirizzo sull'assistenza delle persone in condizioni di bassa responsività protratta. È chiaro che tale obiettivo può essere raggiunto efficacemente solo se si abbraccia e contestualizza il problema all' interno del percorso per le gravi cerebrolesioni acquisite, come già affrontato nel 2005 nel documento "Di Virgilio".
Nonostante la numerosa documentazione delle varie Regioni, nella maggior parte delle Regioni non sono stati attivati espliciti percorsi regionali istituzionalizzati per la corretta gestione sanitaria delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA). Esiste comunque una rete di centri dedicati alle gravi cerebrolesioni acquisite, pubblici, privati convenzionati o IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), che hanno svolto attività di intervento riabilitativo, spesso con scarsi collegamenti con la fase acuta e con l'assistenza sul territorio.
Per quanto riguarda la gestione dei pazienti fin dalla fase acuta é utile fare riferimento anche ai risultati dello studio condotto da 17 Regioni italiane nell'ambito del Progetto di Ricerca Finalizzata 2005: "Il Percorso Assistenziale Integrato nei Pazienti con Grave Cerebrolesione Acquisita (Traumatica e Non Traumatica) Fase Acuta e Post-Acuta", a cura di Salvatore Ferro e Rebecca Facchini Servizio Presidi Ospedalieri - Regione Emilia-Romagna.
Il documento conclusivo (2009) riporta: "I documenti individuati dai referenti regionali sono costituiti da delibere (regionali o aziendali), piani sanitari regionali, progetti (regionali o aziendali), lettere informative, circolari, e in qualche caso linee guida per la pratica clinica che, pur potendo rappresentare un valido strumento di governo clinico, non sono abitualmente dotate di valore normativo.
Un aspetto preminente della eterogeneità dell'assistenza ai pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite riguarda l'attenzione dedicata dalle regioni alle diverse fasi assistenziali del percorso integrato, che si concentra soprattutto nelle fasi precoci dell'assistenza mentre le fasi in cui si dovrebbe realizzare un'efficiente integrazione ospedale-territorio (cioè la fase di dimissione e post-dimissione) appaiono proporzionalmente meno ricche di provvedimenti normativi, anche nelle regioni che dedicano maggiore attenzione all'organizzazione dell' assistenza ai pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite".
L'analisi descrittiva del materiale raccolto nelle diverse regioni ha, dunque, permesso di rilevare una marcata eterogeneità nella tipologia di documenti emanati, associata a una notevole varietà di modelli organizzativi assistenziali come è pur evidente la mancanza di omogeneità di nomenclatura, di procedure e di organizzazione strutturale.

Il Gruppo di lavoro rileva, dunque, che le **criticità prevalenti** riguardano la:

- disomogeneità di criteri diagnostici con conseguente disomogeneità di codifica
- disomogeneità di procedure diagnostico- terapeutiche

- disomogeneità di requisiti minimi strutturali per ogni fase
- disomogeneità del sistema di remunerazione
- assenza delle diagnosi di SV, SMC e "postumi" di gravi cerebrolesioni acquisite nella categoria Handicap gravi.

L'eterogeneità dell'approccio a questi pazienti, sia in fase acuta che post-acuta, implica la non disponibilità di dati esaustivi sul piano epidemiologico, indispensabili per poter adeguare alle richieste l'offerta di idonei servizi riabilitativi, consentendo solo una stima approssimativa dei soggetti in SV/SMC o con severi postumi disabilitanti da gravi cerebrolesioni acquisite.
Negli ultimi decenni a seguito di gravi cerebrolesioni acquisite, con incidenza e prevalenza di particolare rilievo, è emersa una nuova popolazione di pazienti, con quadri clinici complessi dominati da gravi alterazioni dello stato di coscienza che includono il coma, lo stato vegetativo (SV) e lo stato di minima coscienza (SMC), che sono in progressivo aumento, anche in virtù dei progressi della medicina dell' Emergenza-Urgenza.
Le tre condizioni cliniche sopra enunciate implicano un'alterazione della consapevolezza del sé e dell'ambiente, ma hanno differenze cliniche che influenzano le decisioni diagnostico-terapeutiche, la prognosi, il trattamento, il coinvolgimento delle famiglie ed i costi della gestione globale.

DIFFERENZE tra COMA, SV, SMC, LOCKED-IN SYNDROME

Table 2. The differential diagnosis of the vegetative state.

Condition	Vegetative state	Minimally conscious state	Locked-in syndrome	Coma	Death confirmed by brainstem tests
Awareness	Absent	Present	Present	Absent	Absent
Sleep–wake cycle	Present	Present	Present	Absent	Absent
Response to noxious stimuli	+/–	Present	Present (in eyes only)	+/–	Absent
Glasgow Coma Scale score	E4, M1–4, V1–2	E4, M1–5, V1–4	E4, M1, V1	E1–2, M1–4, V1–2	E1, M1–3, V1
Motor function	No purposeful movement	Some consistent or inconsistent verbal or purposeful motor behaviour	Volitional vertical eye movements or eyeblink preserved	No purposeful movement	None or only reflex spinal movement
Respiratory function	Typically preserved	Typically preserved	Typically preserved	Variable	Absent
EEG activity	Typically slow wave activity	Insufficient data	Typically normal	Typically slow wave activity	Typically absent
Cerebral metabolism (PET)	Severely reduced	Insufficient data	Mildly reduced	Moderately to severely reduced	Severely reduced or absent
Prognosis	Variable: if permanent, continued vegetative state or death	Variable	Depends on cause but full recovery unlikely	Recovery, vegetative state or death within weeks	Already dead

NB: as explained in the text, EEG and measures of cerebral metabolism are not *required* to make these clinical diagnoses.
EEG = electroencephalography; PET = positron emission tomography.

Tabella tratta da : The vegetative state: guidance on diagnosis and management. The Royal College of Physicians, Clin Med. 2003 May-Jun;3(3):249-54.

Si fa qui riferimento agli Stati Vegetativi che conseguono al coma indotto da gravi cerebrolesioni acquisite, cioè ad eventi di natura traumatica, vascolare, anossica o infettiva o, comunque, da noxae acquisite, che non includono le patologie congenite, involutive e degenerative.

Come affermato nel Piano Sanitario Nazionale (PSN), la domanda di riabilitazione negli ultimi anni ha registrato un incremento imputabile non solo ai progressi della medicina d'urgenza, che oggi consentono la sopravvivenza di pazienti un tempo destinati all'exitus, ma, in parte, anche all'aumento dei gravi traumatismi accidentali.
Un soggetto colpito da grave cerebrolesione acquisita subisce una grave destrutturazione delle funzioni cerebrali che, nel suo aspetto più rilevante, si traduce in uno stato di coma.
Se non sopravviene la morte, nell'arco di ore, giorni o, al massimo, di 3-6 settimane, nel paziente si verifica un progressivo recupero delle funzioni autonomiche con "apertura degli occhi" senza ricomparsa dello stato di coscienza, lasciandolo in quel quadro clinico definito " stato vegetativo".
In accordo con le direttive dell'American Congress of Rehabilitation of Medicine (1), lo "Stato Vegetativo" si configura come un peculiare e grave stato clinico caratterizzato da "apertura degli occhi, con cicli sonno-veglia alla registrazione EEG, senza manifestazioni di consapevolezza di sé e dell'ambiente e con parziale o completo recupero delle funzioni vegetative ipotalamiche e troncali".
L'apertura degli occhi e la ripresa di un ritmo sonno-veglia senza manifestazioni di attività cosciente, l'assenza di deglutizione che impone la nutrizione artificiale, la presenza di cannula endotracheale, la necessaria gestione delle comorbilità premorbose o secondarie alla fase intensiva (granulazioni ed ulcere endotracheali, stati settici, ulcere da decubito, deformazioni artuali), il controllo del quadro neurologico, delle posture patologiche in decorticazione/decerebrazione, della spasticità grave resistente ai comuni trattamenti anti-spastici, della disautonomia vegetativa con crisi di sudorazione profusa, tachicardia, tachipnea, ipertensione/ipotensione arteriosa e delle ulteriori eventuali complicazioni, la necessità di un attento e costante nursing, giustificano, nell'attuale assetto organizzativo, il rifiuto del ricovero di questi soggetti in reparti di riabilitazione non dotati di setting assistenziali e dell'expertise adeguati alla complessità di un paziente ancora instabile con conseguente ingiustificata, protratta e costosa permanenza in Rianimazione.

E' ampiamente dimostrato che la disabilità residua di un paziente con GCA dipende non solo dal danno primario ma anche, e talvolta soprattutto, dalla catena di eventi che possono intervenire dalla fase dell'acuzie in avanti, come conseguenza di una mancata prevenzione e/o cura anche di patologie intercorrenti.
Va, qui, sottolineata la facilità con cui le complicanze possono instaurarsi e autoalimentarsi, a circolo vizioso, in un paziente così "**fragile**", in cui la grave alterazione dello stato di coscienza e/o la stessa protratta immobilità sono fonte di "disastri clinici" spesso irreparabili.

CRITICITÀ E DANNI EVITABILI

Allo stato attuale il raccordo tra le conoscenze scientifiche sulle caratteristiche delle GCA e le ricadute organizzative relative alla prognosi é ancora carente.
In Italia, nella pratica corrente, sia nella codifica delle SDO sia nella diagnosi d'accettazione che di dimissione, non viene riportata la severità dei quadri clinici. Il sistema attuale, infatti, non rileva il funzionamento e la disabilità dei pazienti.
La proposta di intervento organizzativo, qui formulata, scaturisce in parte da studi che hanno identificato le aree "fragili" dell'attuale assetto assistenziale.

Diversi studi confermano che la percentuale delle "morti evitabili" e delle disabilità gravi é significativamente più elevata in assenza di strutture deputate al trattamento delle GCA e quando l'assenza di competenze specifiche comporta un'inadeguata gestione con disconoscimento dei problemi clinici da cui derivano indicazioni cliniche o terapeutiche inadeguate, ritardate o, addirittura, non poste.
Già da tempo le linee-guida per il trattamento delle GCA, delineate nelle linee Guida sulla Riabilitazione 1998 e tratte da trial internazionali randomizzati nonché da modelli operativi esteri (7)(8)(9), hanno dimostrato che i pazienti trattati in **reparti dedicati** hanno una minor incidenza di

mortalità e una miglior prognosi rispetto a quelli trattati in reparti non dedicati. Da tutto ciò si evince sia la necessità di un **percorso dedicato**, articolato in tappe all'interno di un **continuum terapeutico**, sia l'importanza di un **precoce intervento neuroriabilitativo**.
Alcune unità sub intensive per pazienti affetti da GCA sono già presenti nel panorama ospedaliero nazionale, ma la regola è piuttosto la loro assenza.
Si rende necessario, quindi, indicare l'istituzione di unità operative/ o aree (nuclei) **dedicati, a carattere semintensivo** e ad **alta valenza riabilitativa**, la cui gestione, come fattore imprescindibile, necessita di specifiche competenze in grado di assistere GCA in fase critica, integrate da un approccio interdisciplinare ed interprofessionale che vede il coinvolgimento degli specialisti necessari (neurologo, fisiatra, anestesisti/intensivisti, neurochirurgo, internista, ortopedico, infettivologo...) e delle professioni sanitarie. (10-15)
Nell'ambito di tutte le sequele da GCA, il trattamento assistenziale e riabilitativo degli SV e degli SMC necessita di particolare attenzione in quanto queste condizioni:

- sono ad elevata e progressivamente **crescente incidenza**, con elevata mortalità e disabilità;
- determinano quadri clinici complessi con considerevole impegno gestionale e di intervento in equipe;
- l'assistenza necessita di **competenza** ed **esperienza** peculiari;
- necessitano di un'**organizzazione multi** e **interdisciplinare** per corrispondere a precisi bisogni clinici;
- necessitano di **strutture dedicate** di riferimento ad alta valenza riabilitativa già dalla fase acuta;
- l'intervento di **informazione e di supporto psicologico dei familiari** deve essere disponibile e mirato a creare un'alleanza terapeutica con l'equipe già dalla fase acuta;
- è evidente la necessità di identificare e formare una **nuova cultura professionale** specifica nonché di incrementare nuove aree di ricerca.

La **necessità di definire un percorso lineare e precoce** per SV e SMC deriva da una serie di considerazioni:

- il lungo periodo di neuro riabilitazione corrisponde nel tempo a situazioni clinico funzionali e necessità assistenziali diverse che comportano un assetto dell'organizzazione dell'assistenza articolata in successivi livelli di cura;

- è documentato che la permanenza delle persone in SV/SMC nelle Rianimazioni, oltre ad avere costi elevatissimi, non favorisce il recupero; di conseguenza è necessario avviare precocemente percorsi di recupero;

- la condizione di SV, soprattutto nelle fase acuta, ha necessità di una presa in carico intensiva, precoce e competente;

- la fase riabilitativa ospedaliera dei pazienti in SV e in SMC tende in genere a prolungarsi con programmi multidimensionali di lunga durata (5-12 mesi). La possibilità di ridurre il livello di assistenza negli esiti può comunque avere un impatto profondo sulla qualità della vita del paziente e dei familiari e sui costi dell'assistenza a lungo termine;

- al pari della permanenza nei reparti di cura intensiva, la permanenza oltre il necessario nei reparti di riabilitazione intensiva di pazienti in SV o in SMC determina un improprio ricovero e impedisce l'accoglienza di nuovi casi. Pertanto è opportuno chiarire il percorso e la denominazione delle strutture in grado di accogliere queste patologie anche per non disorientare i familiari;

- la mancanza di recettività e di organizzazione dei servizi territoriali causa l'impropria permanenza, oltre il necessario, nei reparti ospedalieri;

- la famiglia esprime forti domande e complessi bisogni lungo tutto il percorso di cura e riabilitazione.

Un coinvolgimento attivo e guidato dei familiari nel progetto riabilitativo consente una stimolazione affettiva significativa che generalmente permette di rivelare più precocemente i primi segni di responsività dei pazienti; di rassicurare emozionalmente i pazienti in agitazione psicomotoria (con notevole riduzione della necessità dell'uso di neurolettici e sedativi spesso dannosi per il recupero della responsività); di promuovere la vera alleanza terapeutica con la famiglia, che spesso rappresenta il feedback più affidabile della qualità assistenziale dell'equipe riabilitativa e un monitoraggio attento dei cambiamenti significativi del quadro clinico; riduce l'ansia, il senso di impotenza e di frustrazione dei familiari ed evita iniziative personali non utili e talvolta dannose per il paziente (tentativi di alimentazione per bocca o mobilizzazioni non autorizzate).

Spesso emerge una rivendicazione di un proprio ruolo e di proprie "competenze". Occorre tenerne conto sviluppando progetti educativi e strategie di implementazione specificamente dedicate ai familiari. In un sistema integrato, le famiglie non si dovrebbero trovare nella necessità di una ricerca personale delle opportunità di cura o di una autogestione organizzativa dei processi di assistenza in assenza di risorse di supporto.

Alla luce di tutto questo appare importante spingere le Regioni a rendere omogenea l'organizzazione sanitaria e socio-assistenziale a favore dei pazienti in SV e SMC raccomandando un percorso lineare e razionale a partire dalla fase acuta, assicurando la "presa in carico" dell'individuo nella sua intera realtà patologica attraverso una articolazione a rete, posta in un continuum, comprendente le UO (unità operative) per l'emergenza, le UO per acuti, le UO di riabilitazione nonché le infrastrutture sociali. Tale percorso, già delineato nel documento Di Virgilio 2005, si inserisce pienamente nelle raccomandazioni delle Conferenze di Consenso e delle Linee Guida sulla Riabilitazione del 1998.

In questa prospettiva ci troviamo perfettamente in linea con le indicazioni del PSN e le linee di indirizzo per la riabilitazione (recentemente approvate dalla conferenza stato-regioni). Inoltre, questa strutturazione è in accordo anche con i nuovi LEA, in attesa di definitiva approvazione ed emanazione che incentivano l'individuazione di percorsi terapeutici con programmi di sviluppo della rete dei servizi territoriali, nonché programmi incisivi per l'incremento del grado di appropriatezza.

Un buon sistema di cure primarie produce un elevato grado di appropriatezza, un minore ricorso a ricoveri impropri, una relazione di fiducia e di consenso dei familiari.

In particolare per la congruità con i LEA è fondamentale:

- il riconoscimento della funzione strategica dei sistemi di assistenza primaria;

- il rilancio delle indicazioni di percorsi diagnostico - terapeutici che minimizzino la quota di accessi impropri;

- la necessità di coerente collegamento in rete tra presidi ospedalieri e tra questi e le strutture territoriali;

- lo sviluppo, anche attraverso adeguate politiche di aggiornamento e formazione, di quello che è stato definito lo spazio del "governo clinico";

- la considerazione dell'integrazione professionale come elemento imprescindibile per l'esistenza e il buon funzionamento di un sistema di assistenza primaria, in funzione di una presa in carico efficace delle cronicità;

- la valorizzazione dei vari profili professionali sanitari coinvolti nella loro specificità;

- la necessità di riorientare le professionalità mediche e sanitarie, sociali e assistenziali, ad una capacità di lettura e interpretazione precoce dei bisogni di salute e di assistenza, di interlocuzione pronta, di intervento preventivo, di azioni curative e riabilitative;

- l'implementazione del sistema informativo finalizzato all'incremento non solo dell'efficienza ma anche della qualità;

- sono prioritari l'integrazione professionale e la partecipazione alla governance del sistema, l'individuazione e selezione delle scelte cliniche più appropriate, il miglioramento dell'impatto clinico ed economico dei comportamenti professionali sugli obiettivi del sistema.

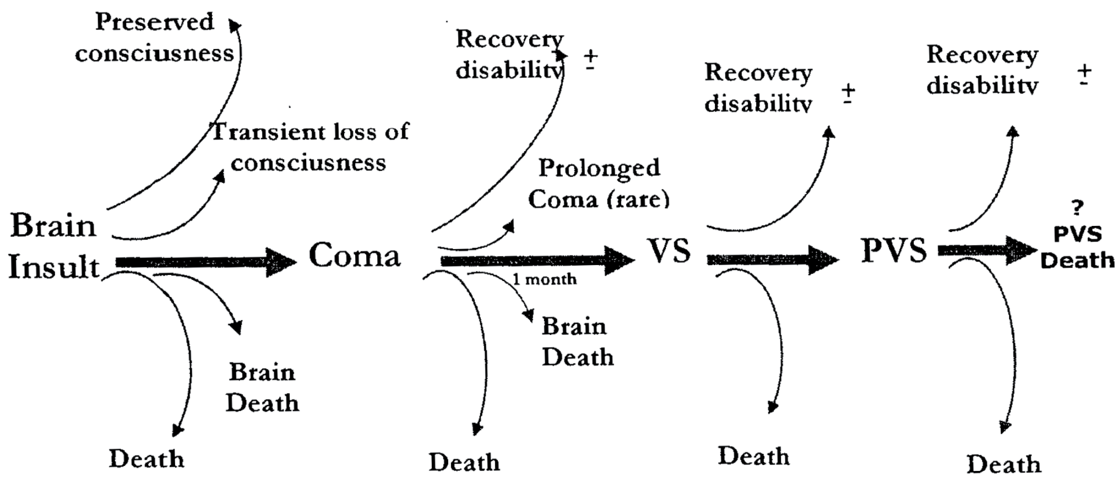
Alcune disposizioni delle leggi finanziarie per il 2005, il 2006 e il 2007 precisano e specificano la disciplina dei LEA.
La legge n. 311 del 2004 (art. 1, comma 169) demanda ad un regolamento ministeriale l'individuazione degli standard qualitativi (strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito) e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza.
L'iter per l'adozione dei LEA si applica anche alla definizione dei predetti standard relativi alle tipologie di assistenza e servizi per le aree di offerta individuate dal PSN.
L'intento è di integrare e specificare i LEA sul versante attuativo, assicurarne una erogazione omogenea tra le diverse aree del territorio, evitando disparità dei costi sostenuti (dalle singole Regioni) e nel trattamento riservato ai cittadini (con differente residenza).
Alcune disposizioni della legge n. 266 del 2005 (l. finanziaria per il 2006) fanno riferimento all'art. 1, c. 169 della legge n. 311 del 2004. L'art. 1, c. 80, lett b) richiama gli standard di cui alla disposizione sopra citata in caso di mancata definizione da parte delle Regioni dei tempi di attesa per le singole prestazioni rientranti nei LEA.
Da un'analisi fisiologicamente connessa alla attuale realtà, è dunque emersa, ormai da tempo, la necessità di direttive nazionali per definire i percorsi di cura e incentivare lo sviluppo di reti regionali assistenziali dei pazienti in SV e SMC nell'ambito di una più complessiva riqualificazione dei percorsi assistenziali per pazienti con GCA.

SISTEMA A RETE INTEGRATA "COMA TO COMMUNITY"

La proposta, come già individuato dalla precedente Commissione (Di Virgilio 2005), è basata su un cambiamento di prospettiva, passando dalla necessità di regolare al meglio il flusso dei pazienti in SV e SMC nell'ambito di una più complessiva riqualificazione dei percorsi assistenziali per pazienti con GCA , all'indicazione di organizzare un "sistema esperto" integrato a rete di percorsi "dal coma al domicilio", con forte radicamento territoriale, connotato da universalità, appropriatezza, tempestività e progressività delle cure. Un percorso "certo" per tutti i pazienti,

senza selezione a monte, e senza affidare alle famiglie la ricerca di soluzioni estemporanee (con il grave rischio di inappropriati flussi passivi, interregionali o all'estero).
Il sistema dedicato, infatti, deve basarsi sull'articolazione di vari reparti assistenziali permettendo, con una buona tempestività e fluenza, la presa in carico del paziente dalla fase acuta, garantendo adeguati e appropriati servizi di cura, continuità delle cure, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, con dinamiche operative facilitanti la sinergia tra le varie componenti, consentendo di utilizzare in modo idoneo le risorse professionali dell'intero sistema.
Una persona colpita da GCA necessita di ricovero ospedaliero per trattamenti rianimatori o neurochirurgici nella fase di emergenza-urgenza (fase critica) e di un periodo di durata variabile da alcuni giorni ad alcune settimane e talvolta mesi, dedicata alla gestione delle complicanze settiche, respiratorie internistiche, neurologiche (stato di male epilettico), chirurgiche, neurochirurgiche, ortopediche, e un intervento riabilitativo precoce (fase acuta-subacuta). Molti sono coloro che sopravvivono a questa fase, in ampia misura grazie ai notevoli progressi della medicina d'urgenza e al miglioramento della gestione assistenziale e riabilitativa. Sono, a questo punto, successivamente necessari interventi medico-riabilitativi più specifici di tipo intensivo, anch'essi da effettuare in regime di ricovero ospedaliero, che possono durare da alcune settimane ad alcuni mesi (fase post-acuta). Nella maggior parte dei casi, dopo la fase di ospedalizzazione, permangono sequele che rendono necessari interventi di carattere sanitario e sociale a lungo termine, volti ad affrontare menomazioni e disabilità persistenti, oltre alle difficoltà di reinserimento familiare, sociale, scolastico e lavorativo (fase degli esiti).

Fasi Cliniche



Lancet 1997 vol. 350 : 795/799

La focalizzazione di queste quattro fasi (critica/acuta-subacuta/post-acuta/degli esiti) fondamentali nel decorso della patologia in esame comporta la necessità di dettagliare altrettanti livelli d'intervento. L'intervento riabilitativo deve iniziare, in modo articolato ed integrato, fin dal momento della gestione della emergenza-urgenza; per questo è opportuno elaborare protocolli che consentano una cooperazione strutturata tra le due realtà operative nelle diverse situazioni cliniche; si potrà così impostare il Progetto Riabilitativo Individuale fin dalle fasi più precoci, possibilmente fin dalla fase critica.

In questo modo potranno essere prevenute le complicanze che rendono molto più difficoltoso o, addirittura, inficiare il potenziale recupero del soggetto.
In linea con gli scopi istituzionali, cioè di essere di reale aiuto e soddisfare un "bisogno della salute", in linea con le disposizioni legislative, con quanto espresso in termini pressanti da parte dei professionisti del settore, nonché con quanto portato avanti dalle associazioni delle famiglie, si addiverrebbe così ad una ipotesi risolutiva, un esempio di "sanità" in cui è necessario riguadagnare il tempo perduto, operando ogni sforzo perché sperimenti e definisca nuovi modelli assistenziali integrati nelle patologie a più alta necessità.
Sostanzialmente le indicazioni a valenza nazionale, promosse dal Ministero della Salute, tendono a fissare un unico obiettivo, che inscrive il contesto sanitario nell'intero ambito sociale: ridurre tra i cittadini le disuguaglianze che, purtroppo, caratterizzano ancora Paesi anche ad elevata industrializzazione. Particolarmente in ambito delle malattie disabilitanti, nel nostro Paese, queste diseguaglianze esistono ed hanno come determinanti il territorio di residenza, la classe sociale, l'età e la stessa malattia.
La diversa dislocazione territoriale di strutture genera tra i cittadini "diseguaglianze" in termine di mortalità, sopravvivenza e qualità delle cure.
In Italia esistono già in alcune regioni modelli, sorti spontaneamente sulla spinta di alcune componenti locali, che rappresentano un riferimento per affinare le modalità organizzative da applicare sul restante territorio nazionale. Inoltre, dato l'interesse generale del progetto con ricadute in campo socio-sanitario, si ritiene, per un pronto avvio, che possa essere ampiamente in grado di auto-finanziarsi, come dimostrato da diverse esperienze effettuate in altre Nazioni e che possano affluire anche risorse di varia provenienza, quali ad esempio quelle vincolate agli obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale o altre risorse come ad esempio quelle del Piano Nazionale della Sicurezza Stradale, ai fini del raggiungimento degli obiettivi europei previsti per il 2010.
In virtù di quanto espresso é opportuno che ogni singola Regione proceda alla codifica di un sistema istituzionalizzato "coma to community" che assicuri un percorso a rete integrata in grado di garantire la "presa in carico globale" del paziente con GCA, dalla fase acuta al reinserimento domiciliare, un intero setting di fasi, articolate fra funzioni di tipo intensivo-subintensivo, post-acute e croniche, che comprendano anche modelli per pazienti "slow to recover" e "a bassa responsività protratta".
Il sistema integrato "coma to community" va dimensionato su un bacino di popolazione adeguato in funzione delle caratteristiche geografiche e degli indicatori epidemiologici per corrispondere all'utenza con tempestività e progressività delle cure, continuità ed appropriatezza in ogni fase del percorso.
L'attivazione del sistema dovrebbe declinarsi in funzione delle caratteristiche demografiche, programmatorie e di contesto di ciascuna Regione, procedere su vari livelli comprendendo tre fasi interdipendenti, ciascuna delle quali si pone come fondamento, presupposto ed integrazione della successiva:

1. programmazione analitica con ricognizione approfondita delle strutture, delle attuali risorse e contemporanea elaborazione, stesura di procedure e protocolli di lavoro, definizione di un linguaggio univoco e di regole dettagliate da seguire uniformemente;

2. definizione e ufficializzazione di un Centro regionale o funzione regionale di riferimento e dei Centri coinvolti a vari livelli nel sistema a rete, contemporanea divulgazione delle linee-guida, formazione con training formativi e d'aggiornamento;

3. attivazione globale del sistema con il preciso mandato di attenersi a quanto elaborato e indicato nei punti 1 e 2 , raccolta annuale dei dati epidemiologici sul transito/dimissione di soggetti in SV, SMC e nei vari gradi di disabilità, indicando i corretti codici di malattia, che dovranno confluire prima nel flusso regionale e, di seguito, nazionale.

Tutto il sistema deve essere governato dalla interdisciplinarietà, dalla integrazione professionale e strutturale nonché dalla sussidiarietà prevedendo in ogni fase la risposta a qualsiasi necessità diagnostico terapeutica del paziente.
In un sistema locale, dalla fase iperacuta, che vede già la collaborazione tra emergentisti, neurologi e fisiatri, si passa al successivo anello del percorso, cioé un livello ad alta valenza riabilitativa precoce, in un setting di assistenza subintensiva nel quale viene identificato un percorso di cura definito sulla base degli indicatori prognostici precoci (età, anamnesi, comorbilità, danni associati, indicatori neurofisiologici).
Da questo livello, in funzione del quadro clinico, degli indicatori prognostici precoci (età, anamnesi, comorbidità, indicatori neurofisiologici, durata, scale validate e non etc.) il paziente potrà passare in un'area post-acuta a funzione di riabilitazione intensiva a breve termine, oppure in un'area di riabilitazione intensiva a lungo termine per pazienti a bassa responsività protratta o a lento recupero.
In sintesi si tratta di ricondurre i percorsi a quelli meglio corrispondenti ai contenuti assistenziali dei servizi che a tale condizione clinica andrebbero offerti, almeno come traguardo, in successione temporale.
Nell'organizzazione globale del sistema "coma to comunity" sono indispensabili:

- la presa in carico precoce e continuativa dei familiari, fin dalla fase acuta, con procedure informative strutturate, gestione psicologica professionale della situazione di "crisi", coinvolgimento nelle decisioni assistenziali e di percorso;

- strategie e programmi informazione/formazione all'assistenza dei familiari care givers;

- strategie per la tutela del nucleo familiare, la presa di consapevolezza e la riduzione del carico emotivo;

- il coinvolgimento attivo dei familiari nella decisione degli obiettivi riabilitativi;

- strategie di empowerment dei familiari tramite modalità operative e decisionali che riconoscano un loro ruolo specifico di "esperti della persona" nell'ambito del processo riabilitativo ed assistenziale.

In questo quadro possono assumere importanza anche lo sviluppo di segmenti di riabilitazione LTCR ("long-term comprehensive") come setting specializzati per i pazienti in SV o in SMC a lento recupero.
Quanto finora espresso é imprescindibile per garantire la necessaria continuità delle cure, superare i problemi di insufficienza delle strutture, eliminare le situazioni di abbandono terapeutico ed assistenziale, assicurare il necessario sostegno alle famiglie in difficoltà anche per evitare il permanere inappropriato in strutture a maggiore complessità, non utili ai fini terapeutici e notevolmente costose.
Nella fase degli esiti, i pazienti provenienti dall'area di lungodenza piuttosto che dall'area di riabilitazione a lungo temine, qualora non fosse possibile il rientro al domicilio, potranno accedere ad un livello assistenziale all'interno di un nucleo dedicato all'accoglienza alla persona (SUAP – Speciali Unità di Accoglienza Permanente), che può essere mono o polivalente, ma, comunque, dedicato alle disabilità gravi e gravissime da patologia neurologica.
Le strutture che realizzano fasi protratte di degenza (lundodegenza dedicate, riabilitazione intensiva a lungo termine ed unità d'accoglienza alla Persona) devono essere caratterizzate da una peculiare organizzazione degli spazi, delle risorse umane, con apertura continua ai familiari e possibilità di convivenza e da progetti espliciti di presa in carico dei familiari.

Vista la complessità assistenziale di questi pazienti sarebbe inoltre auspicabile una rimodulazione della tariffa giornaliera per posto letto oltre a prevedere una forma specifica di incentivazione per le strutture che aderiranno al sistema.
Occorre che nel set delle professionalità dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) sia esplicitamente presente il riabilitatore (integrato nel sistema a rete) con una forte integrazione con il sistema locale.
Il sistema proposto prevede una rete di servizi mirata che si raccordi da un lato con la rete delle strutture per acuti e dall'altro con le strutture sanitarie e sociali territoriali prevedendo la interdipendenza ed integrazione fra centri di elevata specializzazione ed una rete di centri periferici in cui sia prevista la possibilità di indirizzare i pazienti al livello di cura più appropriato nell'ambito della rete per ogni fase del percorso clinico, e di usufruire di competenze specialistiche in modo distribuito nei diversi punti della rete stessa.
Lo sviluppo di tale modello dovrebbe permettere di utilizzare in modo appropriato ed efficiente le risorse delle diverse strutture, favorendo il trasferimento di conoscenze e la collaborazione fra il centro e le altre strutture della rete, valorizzando il patrimonio di esperienza già presente in molte di esse.
In analogia a quanto realizzato per altri problemi (p. es. trapianti), il sistema dovrebbe prevedere un Centro o Funzione Regionale di Riferimento e i "nodi" della rete, che nel loro insieme costituiscono il percorso per GCA. (16)
In particolare, come deliberato nel recente Piano di indirizzo per la riabilitazione, il Centro Regionale di Riferimento:

- predispone protocolli operativi per la acquisizione di dati epidemiologici;

- promuove ricerche cliniche ed esperienze controllate verso le nuove tecniche;

- garantisce e si fa carico della formazione, del perfezionamento e dell'aggiornamento dei professionisti;

- offre consulenza tecnica per la costruzione e sperimentazione di ausili, protesi e ortesi.

Il **Centro o Funzione Regionale di Riferimento** non è gerarchicamente sovraordinato, ma ha piuttosto funzione di osservatorio e banca dati ed è responsabile del controllo della corretta prassi diagnostico-terapeutica dei vari centri e della raccolta longitudinale dei dati, attraverso un database utilizzato da tutte le strutture. Il database dovrebbe contenere informazioni su dati clinici dei pazienti, valutazioni funzionali periodiche standardizzate, dati sulle cure, incidenza e indicatori di recupero delle GCA e in particolare degli SV e SMC, informazioni sull'eterogeneità neurofisiologica nei pazienti in SV e SMC e la rilevanza nella diagnosi, prognosi e risposta al trattamento, variazioni regionali nelle cure, analisi delle complicanze, costi e fattori che contribuiscono alle decisioni familiari.
I "**nodi**" della rete dovrebbero essere costituiti da:

A. Unità Operative intensive di prima accoglienza in fase acuta;

B. Unità Operative/aree o nuclei sub-intensivi ad alta valenza riabilitativa la cui gestione, come fattore imprescindibile, necessita di specifiche competenze in grado di assistere GCA in fase critica, integrate da un approccio interdisciplinare ed interprofessionale che vede il coinvolgimento degli specialisti necessari;

C. Unità Operative di Riabilitazione post-acuta: Alta specialità neuroriabilitativa per gravi cerebro lesioni acquisite con funzioni tipo hub (UGCA - Cod. 75); Riabilitazione intensiva e,

ove previsto dalla programmazione ospedaliera regionale, Riabilitazione Estensiva, con funzione tipo spoke;

D. Strutture territoriali.

*****

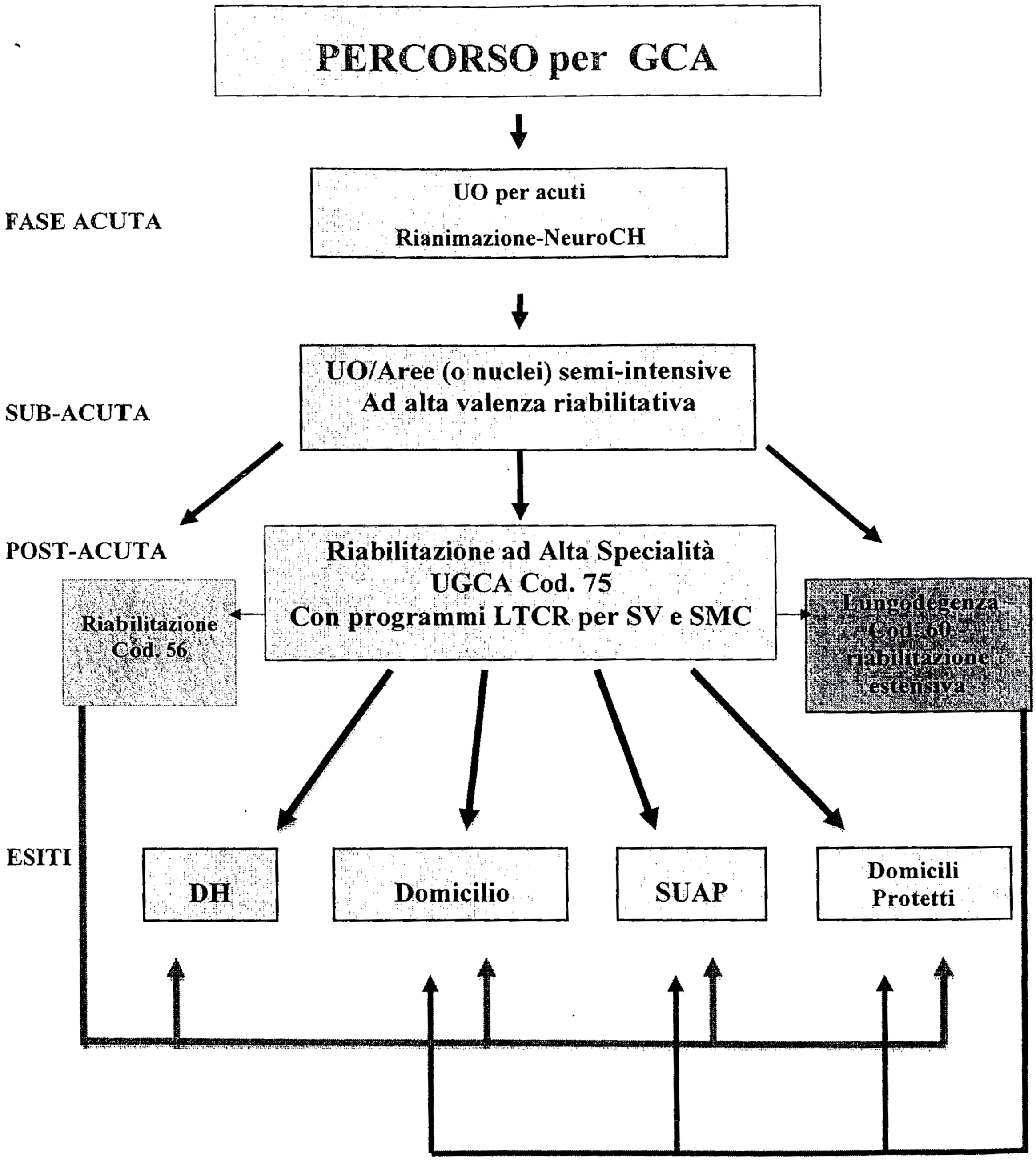
A. **Unità Operative di prima accoglienza in fase acuta**: Emergenza-Urgenza, Rianimazione, Neurochirurgia.

B. **Unità Operative/aree, funzioni o nuclei sub-intensivi in fase sub-acuta:** interagiscono con la Rianimazione e la Neurochirurgia per garantire l'approccio neuroriabilitativo tempestivo; danno rapida accoglienza al paziente ancora in fase acuta; definiscono la diagnosi e la prognosi; indirizzano, a stabilizzazione avvenuta, al livello di cura successivo. (17-19)
Si tratta di unità/aree, funzioni o nuclei collocabili, nell'attuale ordinamento, presso un DEA (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) di II livello con tutte le specialità o alternativamente, in caso di diversa programmazione e sperimentazione regionale, in strutture organizzate ad hoc presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie ad identificare e trattare h. 24/24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione e garantire le cure intensive a pazienti con problematiche polidistrettuali.
Tali unità/aree, funzioni o nuclei possono essere UGCA dedicate all'intervento subintensivo o unità subintensive multidisciplinari con competenze neurologiche e fisiatriche oltreché internistiche.
L'obiettivo è di raggiungere la stabilizzazione clinica, superare la fase delle complicanze frequenti, sottoporre il paziente a tecniche riabilitative precoci di attivazione per evitare le complicanze da deafferentazione ed immobilità, valutare a fini prognostici elementi utili ad indirizzare la persona in SV e SMC nel successivo corretto percorso assistenziale e riabilitativo.

C. **Unità Operative di Riabilitazione post-acuta**: Unità post-acuzie di alta specialità che trattano anche gravi cerebro lesioni acquisite (UGCA - Cod. 75), Unità di Riabilitazione Intensiva e Unità per successiva Riabilitazione Estensiva in grado di effettuare la presa in carico omnicomprensiva delle persone con GCA, presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo tutte le lesioni, menomazioni e complicanze con focalizzazione più specifica al recupero funzionale.
Hanno il mandato di prendere in carico direttamente pazienti provenienti dalle UO per acuti. Devono disporre di adeguate risorse strutturali e di personale esperto, che permetta il monitoraggio delle funzioni vitali nell'immediata fase post-acuta, la gestione dell'affrancamento progressivo dalla nutrizione parenterale ed enterale (laddove possibile), la presa in carico globale del paziente con adeguati protocolli diagnostico terapeutici (indagini neurofisiologiche e di neuroimaging avanzate), nursing intensivo, riabilitazione foniatrica, training deglutitorio, rieducazione respiratoria, riabilitazione neuropsicologica, riabilitazione e gestione dei disturbi comportamentali, idrochinesiterapia, terapia occupazionale, terapia ortottica, riabilitazione urologica, assistenza sociale per le connessioni con le strutture territoriali, etc).
L'intero percorso riabilitativo deve essere accompagnato da un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale che fornisce terapie individuali e di gruppo, include un team neuropsicologico dedicato al paziente e psicologico dedicato alla famiglia e prevede incontri sistematici e programmati tra l'équipe e il nucleo familiare.
Le Unità Operative di Riabilitazione ad Alta Specialità devono consentire l'accoglienza di tutte le GCA, prevedendo auspicabilmente unità separate per gli SV e di SMC con processo riabilitativo di tipo long-term (LTCR), consentire ai familiari di sperimentare la possibilità di evoluzione favorevole anche dei disturbi di coscienza più gravi e, soprattutto, devono disporre di tutte le risorse necessarie, dalle necessità di monitoraggio delle funzioni vitali e nursing specialistico alla presa in carico riabilitativa attiva: neuromotoria, foniatrica, neuropsicologica, ecc, fino al recupero delle

autonomie possibili per le GCA in evoluzioni favorevoli, mirando alla integrazione nel precedente contesto di vita o al passaggio alle speciali unità di accoglienza permanente (SUAP), garantendo la necessaria integrazione con i MMG e le risorse socio-sanitarie del territorio.
Tali Unità devono inoltre disporre di Day Hospital o Ambulatori dedicati o predisporre, nei casi ad evoluzione meno favorevole, il trasferimento a strutture di lungo degenza specifiche come le SUAP o avviare il paziente verso domicili protetti o il proprio domicilio con un piano di assistenza domiciliare integrata, nei casi in cui la famiglia sia in grado di gestire e desideri la ridomiciliazione.
Nell'ambito del territorio il numero di Centri deve essere limitato in modo tale da concentrare presso le strutture un numero adeguato di pazienti, utilizzando le risorse disponibili in misura proporzionale ai loro costi.
Come indicato dalle Linee Guida Organizzative del 1998, dalla letteratura internazionale e dalla recente Consensus Conference (19) nazionale sul tema, le Unità per le GCA, debbono essere in grado, tramite una attività specificamente dedicata, di accogliere pazienti ad alta complessità e bisognosi di continuare in questa fase un adeguato trattamento di recupero e contenimento del danno.
Accanto a queste specifiche tipologie di Unità di Alta Specialità Riabilitava, il cui numero e dimensionamento dovrà giungere nel tempo più breve possibile a coprire la domanda espressa in termini di eventi, e che svolgono un ruolo specificamente integrato, si collocano tutte le Unità Operative di Medicina Riabilitativa, come integrazione e supporto all'offerta volta a coprire al meglio tutta la domanda di trattamenti intensivi di riabilitazione, nella logica di Rete integrata sopra espressa. Queste strutture possono essere di riabilitazione intensiva o estensiva.

D. Strutture territoriali che svolgono funzione per la gestione dei percorsi di de-ospedalizzazione e reinserimento delle persone con GCA e per la gestione di interventi riabilitativi erogabili con modalità domiciliare. Particolare attenzione va posta nell'organizzare adeguate soluzioni per quei pazienti che permangono in Stato Vegetativo prolungato o cronico, per i quali va agevolata la possibilità del rientro al proprio domicilio o incentivata nelle varie regioni l'attivazione di SUAP o di domicili protetti di nuova concezione.



: **LTCR** : Long Term Comprehensive

FÀSE ACUTA (AREA INTENSIVA) E FASE SUB-ACUTA (AREA SUB INTENSIVA DEDICATA PER GCA)

L'attuale sistema, in accordo con la miglior letteratura in materia (Linee- guida americane ed europee), prevede e sottolinea, come una vera necessità, la "precocità" della "presa in carico" dei pazienti con GCA, già dall'acuzie. Purtroppo, le normative di riferimento si limitano a definire l'importanza della valenza riabilitativa in fase acuta, senza definirne i termini organizzativi.
Nella fase acuta i pazienti sono ricoverati in ospedali per acuti, dove è importante la stabilizzazione del paziente, ma dove dovrebbe essere già avviato in parallelo l'approfondimento diagnostico sul disturbo di coscienza e la valutazione continua degli indicatori prognostici.
Le unità operative/ o aree (nuclei) dedicati, a carattere semintensivo e ad alta valenza riabilitativa, la cui gestione, come fattore imprescindibile, necessita di specifiche competenze in grado di assistere GCA in fase critica, integrate da un approccio interdisciplinare ed interprofessionale che vede il coinvolgimento degli specialisti necessari e delle professioni sanitarie, sono l'anello di congiunzione tra le UO di prima accoglienza (Rianimazione, Neurochirurgia) e le Unità per GCA post-acuzie (UGCA).
Viene indicata la possibilità che le rianimazioni trasferiscano pazienti ancora instabili, minimizzando i tempi di permanenza nelle terapie intensive, che non necessitano più di cure intensive (condizioni di insufficienza multiorgano) in aree di terapia sub-intensiva, che devono rispondere all'esigenza di accogliere pazienti ancora instabili, con sepsi, necessità di completare un iter chirurgico e che in ogni caso non corrispondono ai criteri di stabilizzazione definiti dalla Consensus Conference di Modena del 2000 (20).
Il gold standard dell'assistenza ai pazienti prevede, dunque, dopo il periodo trascorso in reparti di Rianimazione, il rapido passaggio ad aree semintensive, caratterizzate dalla capacità di affrontare i problemi clinici e riabilitativi di un paziente neurologico ancora instabile e ad alto rischio di complicazioni, se pur autonomo dal punto di vista respiratorio.
La fase semi-intensiva dedicata é un anello importante e parte integrante del percorso dedicato alle GCA. Permette di effettuare il bilancio lesionale e funzionale, contribuire alla diagnosi e alla prognosi, dare l'avvio al piano di trattamento individuale di riabilitazione, promuovere la riattivazione delle funzioni corticali stimolando in forma appropriata la plasticità neuronale, favorire il recupero, controllare le complicanze, dare supporto alle famiglie, selezionare il percorso adeguato e garantire l'ulteriore tappa.
Precisare i criteri in base ai quali giungere alla diagnosi, alla classificazione, alla terapia ed alla prognosi dello stato di coma e dello stato vegetativo costituisce ancor oggi un problema di grande interesse e di soluzione assai complessa.
Conoscere a fondo questi pazienti significa riconoscere e prevenire le numerose cause di deterioramento neurologico secondario. Limitare al massimo i "danni", potenzialmente prevenibili: "Every bit of brain matter saved increases function and the possibility that neural plasticity will contribute to a greater recovery ". (10)
Non basta comprendere un esame e conoscere i problemi nel loro corso, ma anche certi cambiamenti fisiologici dell'attività cerebrale e neuromuscolare, e delle tecniche connesse, che sono il contesto della terapia riabilitativa in fase acuta.
E' necessario evidenziare che questi pazienti non subiscono solo o soltanto i postumi dell'evento acuto ma effetti a caduta, talvolta silenti, e problematiche ulteriori che si sviluppano nel corso del tempo, ma che possono essere individuati in anticipo, da una osservazione clinica esperta e ravvicinata, potendo beneficiare così di un rapido intervento che, in altra situazione ospedaliera non specializzata, non sarebbe possibile.
Le alterazioni del sistema cerebrale provocano problemi che altre malattie non producono.
Queste problematiche devono farci considerare sempre di più le differenze tra i pazienti neurologici e gli altri pazienti acuti. (21)

Allo stesso modo, esiste la necessità di accogliere le famiglie, che pur se normalmente sono in grado di comprendere i disturbi più comuni, trovano difficile capire e trattare con un paziente che è neurologicamente e gravemente compromesso.
Il contatto con le famiglie di questi malati è in genere molto complesso.
La difficoltà di comprensione del disturbo neurologico e delle complicanze da parte della famiglia crea ansia e paura più di quanto accada con altre patologie. Mobilità, comunicazione e processi cognitivi scompaiono, lasciando i pazienti in una situazione di totale dipendenza dagli altri.
L'imprevedibilità e gravità della maggior parte delle lesioni cerebrali impedisce ai familiari di avere tempo per esprimere al paziente i loro sentimenti e ciò produce stress e deprime più di ogni altro serio problema di salute, se non è trattato in maniera competente dallo staff medico.
A fare la differenza, infatti, è anche la capacità di guidare e coinvolgere attivamente le famiglie attraverso queste difficili fasi.
La familiarità con questi problemi è fondamentale per garantire il successo e ha bisogno di uno staff che garantisca un livello professionale alto ed uno di esperienza personale altrettanto importante.
Le caratteristiche di queste aree semintensive debbono corrispondere a quelle previste per le strutture subintensive.
In tali aree dovrebbe essere iniziato quanto prima un percorso riabilitativo e diagnostico senza tuttavia la pretesa di esaurire quest'ultimo con il rischio di ritardare l'invio ai reparti di riabilitazione post-acuta intensiva.
Già da questa fase l'autorizzazione ad una maggiore presenza dei familiari accanto al paziente potrebbe consentire il contenimento della deprivazione sensoriale creata generalmente dalle Terapie Intensive. Del resto già negli Stati Uniti e in molti paesi europei l'accesso dei familiari alle Intensive Care Unit (ICU) è molto più libero e aperto di quanto avviene nelle strutture di rianimazione italiane.
Si ritiene pertanto che, salvo situazioni particolari (complicanze respiratorie, settiche, chirurgiche, neurochirurgiche, ortopediche protratte) i pazienti non debbano rimanere in tali strutture (rianimazioni ed aree subintensive) piu' di 30 giorni. L'obiettivo infatti è quello di ridurre i tempi di permanenza dei pazienti nei reparti di cure intensive fino a completa rispondenza dei criteri di trasferimento nelle UGCA.
Non si può però avere una posizione a priori sul fatto se le Unità sub-intensive debbano essere all'interno dei DEA o in strutture organizzate ad hoc: entrambe le soluzioni potrebbero essere valide, ma categoricamente dipendenti da molteplici fattori locali, non ultimo dei quali l'effettivo set di competenze presenti. Sembra più opportuno rinviare questo aspetto alla programmazione e sperimentazione regionale. Quello che invece si ritiene necessario sottolineare è che qualunque soluzione si adotti, questa deve rientrare in un "percorso" ben organizzato e istituzionalizzato dove le competenze specialistiche interagiscano in modo non formale e dove sia sempre assicurata la presenza della componente neuroriabilitativa in tutti i suoi aspetti, con l'agibilità di risorse umane e ambientali idonee per la gestione di programmi precoci.

FASE POST-ACUTA: UNITÀ PER RIABILITAZIONE POST-ACUZIE DI ALTA SPECIALITÀ (UGCA - COD. 75), UNITÀ DI RIABILITAZIONE INTENSIVA E UNITÀ PER RIABILITAZIONE ESTENSIVA

Quale sia, all'interno delle UGCA, la soluzione organizzativa più efficace è ad oggi impossibile stabilirlo con certezza e deve essere necessariamente oggetto di una verifica delle esperienze. In ogni caso l'accento deve rimanere su un Sistema Integrato "Coma to Community" caratterizzato da una forte governance clinica. Stante la scarsità di modelli consolidati in Italia, parrebbe essere necessario qualche grado di libertà nella sperimentazione regionale e locale delle soluzioni. In una ipotesi organizzativa coerente il paziente, una volta terminata la fase acuta determinata dai criteri di stabilizzazione clinica (20), dovrebbe essere accolto nelle Unità che seguono anche le Gravi

Cerebrolesioni Acquisite post-acuzie (UGCA), dove il percorso si dovrebbe articolare su vari livelli assistenziali.

E' comunque da sottolineare che i criteri di età, etiologia e pluripatologia non precludono in assoluto il trasferimento verso le UGCA.
Il gruppo di lavoro ha discusso a lungo e ha, infine, concordato che le UGCA si debbano dotare di particolari unità a maggior intensità di trattamento e sorveglianza per l'accoglimento di pazienti più complessi, purché tali strutture siano in continuità con un percorso riabilitativo previsto all'interno delle UGCA. Tale affermazione è in linea con quanto espresso dalle linee guida per la riabilitazione (Maggio 1998).
Il termine per definire queste aree più intensive all'interno delle UGCA potrebbe essere "aree per SV e SMC".
All'interno di tali unità debbono essere garantite competenze, organizzazione e spazi in grado di agevolare il recupero della coscienza attraverso una regolazione degli stimoli. Tali sub unità dovrebbero avere una dimensione congrua. Per una maggior definizione degli aspetti organizzativi sarebbe opportuno definire standard precisi di attrezzature e personale dedicato assieme a protocolli sulla gestione clinica e riabilitativa di queste persone.
Le aree per SV e SMC, o LTCR, inserite nelle UGCA hanno come mandato quello di ricoverare questi pazienti in fase precoce, riducendo i tempi di ricovero nelle Unità di Cure Intensive. Per rispondere a questo mandato non è opportuno che tali reparti ricoverino pazienti in SV o SMC in fase di cronicità, salvo il perseguimento di obiettivi specifici definiti da specialisti della rete di assistenza e cura (un esempio è la valutazione e le attività connesse alla rimozione di una cannula, oppure una rivalutazione in ambiente specialistico in caso di modificazioni dello stato di vigilanza/coscienza).
In riferimento alle condizioni cliniche, dovrebbero essere garantiti percorsi riabilitativi diversificati in base ai bisogni e agli obiettivi di recupero: quello "**Long Term Comprehensive Rehabilitation**" (LTCR) è rivolto ai pazienti slow-to-recover (degenza misurabile in mesi).
I pazienti in condizioni di bassa responsività protratta (SV e SMC) rientrano in questa seconda tipologia di bisogno riabilitativo. La distinzione non è fondata sulla diagnosi clinica, né deve implicare nuove tipologie di strutture, ma sulla peculiare tipologia di bisogni clinici, di percorso e di setting, nonché sulla rilevanza che assume il tema della presa in carico della famiglia.

All'uscita dal percorso riabilitativo ospedaliero, i pazienti che permangono in stato di grave alterazione della coscienza, dopo aver effettuato congrui periodi di cura e riabilitazione, quando l'inquadramento diagnostico sia esaurito, il programma terapeutico sia stato definito, il quadro clinico sia stabilizzato, si strutturano più percorsi verso il domicilio, dove possibile, ma possono essere avviati, a seconda delle condizioni cliniche e della capacità di supporto della famiglia o alle SUAP o a domicili protetti di nuova concezione.
Anche in questo percorso è necessario attuare una speciale attenzione nei confronti del recupero dello stato di coscienza con un costante monitoraggio dei pazienti ed una pari attenzione ai familiari ed al loro percorso di elaborazione.
E' fondamentale che le sedi di accoglimento territoriali siano in collegamento funzionale con le pluri-specialità necessarie alla corretta gestione dei pazienti.
Il percorso complessivo per GCA non dovrebbe abitualmente superare i 12 mesi per i traumatici ed i 6 mesi per i non traumatici.
Le evoluzioni particolarmente favorevoli possono consentire un passaggio verso trattamenti in DH (Day Hospital).
Come detto precedentemente, i pazienti che permangono in stato di grave alterazione della coscienza, dopo aver effettuato congrui periodi di cura e riabilitazione, quando l'inquadramento diagnostico sia esaurito, il programma terapeutico sia stato definito, il quadro clinico sia

stabilizzato e vi sia una indimissibilità, possono trovare accoglienza nelle strutture descritte di seguito.

FASE DEGLI ESITI

Lo Stato Vegetativo veniva definito "permanente" implicando, in questo caso, un concetto di irreversibilità e, quindi, di prognosi negativa per il recupero a distanza di dodici mesi dall'evento. (22)
Da molti anni è stato convenzionalmente stabilito che l'aggettivo "permanente" non può e non deve essere usato dal momento che, anche se in forma sporadica, si è assistito ad evoluzioni cliniche, invece il termine permanente implica una certezza di immodificabilità della non responsività che non può essere data per scontata e che rischia solo di affievolire ogni interesse per il paziente.
Viene usato invece il termine Stato Vegetativo prolungato o cronico, con l'indicazione della durata.
Tale fase, che subentra solitamente dopo alcuni mesi (3-6 per pazienti non traumatici e 12 per i traumatici), è caratterizzata da non evidenti modificazioni o da modificazioni molto limitate del quadro neurologico e della coscienza.
L'attivazione di percorsi domiciliari interessa quelle persone in cui persiste una condizione di bassa responsività e le cui necessità assistenziali non sono più tali da impedirne l'affidamento all'ambiente extrasanitario.
E' opinione condivisa che la mancanza di un percorso di rete efficiente e di un progetto che si delinei all'interno del percorso precedentemente descritto crea enormi difficoltà ai reparti di riabilitazione, specialmente di alta specialità (Cod. 75) nella dimissione di pazienti "cronici". Come sottolineato dalla Consensus Conference di Verona del 2005, uno degli anelli fragili della catena per queste condizioni è la carenza di strutture e percorsi non ospedalieri che consentano appunto la gestione della cronicità.
Infatti, in mancanza di strutture e percorsi chiaramente definiti, la proposta di dimissione risulta difficilissima anche per le implicazioni di tipo familiare. Inoltre, affermare che più il quadro (sia esso SV o SMC) si cronicizza, meno è necessario un intervento riabilitativo, risulta inaccettabile per i familiari che, in assenza di una prospettiva assistenziale di qualità, avvertano la situazione del congiunto come una condizione di abbandono terapeutico.
Anche il termine "cronicità" non definisce il quadro clinico di riferimento ma, solo il decorso temporale delle malattia. Non va interpretato in forma rigida e non soltanto per l'impatto devastante che ha per la famiglia. Infatti, come sottolineato dalle Associazioni delle famiglie dei pazienti, il termine "cronicità" molto spesso non evoca la necessità di accompagnamento, condivisione, presa in carico, ma molto più semplicemente rimanda a termini come "parcheggio", "attesa di fine vita" e tutte la terminologia che i media possono coniare nelle definizioni di "non mondo", "non vita" o "altro."
E' necessario, comunque e sempre, nella gestione di tali pazienti garantire un sistema di monitoraggio dello stato di coscienza e documentare la loro responsività e/o la loro evoluzione da parte di specialisti neurologi esperti in riabilitazione e fisiatri esperti in riabilitazione neurologica.
Sembra a questo punto non solo opportuno, ma fondamentale e significativo, introdurre una nuova concezione dei pazienti in SV o SMC, sostenuta anche dalle Associazioni delle famiglie. Secondo queste, infatti, è "*importante e innovativo iniziare a sviluppare il concetto, per cui una persona in SV, in particolare quella che raggiunge la stabilità clinica, non debba essere più considerata "malato o paziente", bensì persona con "gravissima" disabilità che, al pari di altre con gravissime patologie croniche, può seguire terapie di prevenzione, mantenimento e cura presso strutture non sanitarie. Tale considerazione è da ritenersi importante sia per legittimare la richiesta di passaggio di una persona in SV o SMC a strutture di carattere "non prettamente sanitario", sia per "agevolare" e predisporre gli aspetti psichici e psicologici della famiglia coinvolta ad una*

migliore comprensione dello stato del suo congiunto e della sua nuova realtà e quindi ad una sua predisposizione per un ritorno a casa del congiunto o per un suo passaggio ad altra struttura.
E' chiaro ed evidente che la fase di passaggio ad altra struttura non sanitaria di persone con disabilità gravissime (quali quelle in SV o SMC) costituisce una fase molto delicata che necessita di indispensabili strumenti sociali e sanitari di supporto alla persona e alla famiglia".
Le soluzioni che il gruppo di lavoro individua sono:

1. **DOMICILIO**
2. **SPECIALI UNITÀ DI ACCOGLIENZA PERMANENTE (SUAP)**
3. **RESIDENZE DOMICILIARI PROTETTE**

1. DOMICILIO (Reinserimento domiciliare)

L'esigenza di prendere in esame e mettere definitivamente a fuoco un percorso assistenziale specificamente dedicato alle persone in condizioni di stato vegetativo è strettamente collegata all'evidente impatto sociale che esse determinano e alle difficoltà crescenti che l'offerta attuale da parte delle istituzioni sanitarie, sia pure con le solite eccezioni virtuose, determina in termini di oneri assistenziali a carico delle famiglie nelle quali è presente una persona in stato vegetativo: oneri tanto più pesanti quanto più marcate sono le deficienze strutturali ed organizzative dei servizi sanitari e lacunosi e disomogenei i programmi di assistenza domiciliare integrata da parte dei servizi socio-sanitari del territorio. A queste considerazioni si deve aggiungere la difficoltà di coinvolgere e coordinare nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale le numerose figure professionali impegnate nelle diverse fasi della condizione di stato vegetativo.
La complessità della problematica è affrontabile in maniera efficace ed efficiente se improntata ai seguenti principi generali:

A. Il percorso assistenziale della persona in stato vegetativo in assistenza domiciliare deve caratterizzarsi per la complessità e la diversificazione della intensità degli interventi in relazione alla evoluzione della condizione, all'evenienza di complicanze e al contesto familiare e socio-ambientale. Per queste ragioni è indispensabile individuare con chiarezza le diverse criticità e gli interventi da mettere in campo in relazione ad esse.

B. La continuità assistenziale tra l'assistenza domiciliare e le altre forme di assistenza sanitaria alla persona in stato vegetativo deve basarsi sulla consapevolezza che sono fondamentali l'integrazione degli interventi per uno stesso paziente e il coordinamento fra soggetti, strutture e servizi, secondo la modalità di rete e di presa in carico globale.

C. La centralità e l'unitarietà della persona devono rappresentare elementi imprescindibili per l'organizzazione dell'intervento assistenziale domiciliare.

È sentita, pertanto, come indifferibile l'esigenza di mettere a punto un sistema integrato che parta dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) che possa costituire lo snodo tra il paziente, la famiglia e gli operatori del sistema.
L'obiettivo deve essere quello di integrare l'assistenza domiciliare nella più complessiva rete assistenziale che garantisca, attraverso un continuo feed-back, l'attuazione per ciascun paziente del proprio specifico percorso assistenziale ed il suo continuo aggiornamento in relazione all'evolversi della condizione.
Risulta pertanto necessario che al paziente in assistenza domiciliare venga garantita:

- un'ampia condivisione dei dati del paziente tra i vari operatori del sistema;
- una regia unitaria capace di coniugare efficacia, qualità e tempestività degli interventi;
- la "rete" assistenziale, sia in termini di struttura che in termini di collegamento operativo tra tutte le figure professionali coinvolte;
- la promozione di iniziative atte a facilitare l'accesso periodico alle strutture specialistiche ed ospedaliere per la effettuazione di prestazioni sanitarie richieste dal medico curante;
- la promozione di forme avanzate di integrazione sociosanitaria anche supportate con forme di attribuzione mensile alle famiglie di risorse finanziarie eventualmente rese disponibili dal sistema regionale dei servizi sociali.

Il rientro nel proprio domicilio, laddove possibile, deve essere incentivato in particolare per i soggetti giovani. A fronte di tale auspicio occorre tuttavia segnalare come il carico assistenziale (con il devastante coinvolgimento emozionale, relazionale, di tempo e di risorse economiche) sia molto elevato come risulta dai dati presentati nella Consensus Conference di Verona 2005 (media di 90 ore assistenza settimanali). Prima del rientro a domicilio è dunque necessario che il team riabilitativo delle UGCA Cod. 75 o delle altre strutture di ricovero valuti la capacità della famiglia di poter gestire tali situazioni a domicilio, previa attivazione di tutta la rete di supporto logistico/organizzativo necessaria. Preso atto della situazione clinica, per organizzare il rientro domiciliare in condizione di protezione deve, quindi, essere precocemente attivata l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) (medica, infermieristica, fisioterapica, sociale) del territorio/ASL della persona in SV, SMC o con grave disabilità, esiti tutti di gravi cerebrolesioni acquisite.
All'interno della UVM deve esserci un medico specialista in riabilitazione con specifiche competenze neurologiche o neurologo con specifiche competenze riabilitative che fa parte del sistema a rete dedicato alle gravi cerebrolesioni acquisite e che veicola e garantisce la continuità delle cure nonché rappresenta le necessità assistenziali.
Compiti della UVM:

- valutazione sociale e psicologica del nucleo familiare;
- valutazione del domicilio e degli adattamenti necessari;
- definizione del programma personalizzato socio-sanitario (incluso nursing specialistico);
- definizione del programma di dimissione protetta verso il domicilio;
- valutazione dei bisogni per nutrizione artificiale e gestione della cannula tracheostomica;
- informazione ai famigliari sui servizi territoriali forniti con specifica "carta dei servizi";
- valutazione dei bisogni di ausili e sussidi indispensabili;
- identificazione del case-manager della persona in SV o SMC;
- previsione di periodi programmati di accoglienza temporanea presso strutture dedicate;

Servizi forniti alla famiglia:

- i Servizi territoriali dell'ASL e del Comune di residenza forniscono assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, nell'ambito di uno specifico progetto individuale concordato

con la famiglia, elaborato sulla base dei bisogni del paziente, delle esigenze della famiglie e delle risorse attivabili nel territorio di riferimento;

- il servizio di riabilitazione domiciliare (1° livello) della ASL può fornire interventi di riabilitazione di mantenimento a giudizio del fisiatra del servizio medesimo;

- è compito del Medico di medicina generale verificare periodicamente o su chiamata eventuali necessità sanitarie intercorrenti;

- il Servizio Territoriale verifica periodicamente la situazione psicologica e sociale della famiglia e individua eventuali necessità e provvedimenti;

- il Servizio Territoriale programma anche eventuali modifiche di percorso della persona con SV e SMC quando necessari o consigliabili;

- laddove possibile, la persona con SV e SMC deve poter essere accolta per 1-2 volte a settimana presso un centro diurno territoriale, sia con finalità socializzante che per consentire al care-giver di potersi assentare da casa.

E' inoltre opportuno che:

- i familiari abbiano punti di riferimento (Cod 75 o 56) per eventuali bisogni valutativi in ordine al cambio di programma (ausili, comunicazione, interventi chirurgia funzionale etc.);

- su indicazione del Medico di medicina generale, il Servizio Territoriale dell'ASL di residenza fornisca direttamente al domicilio del paziente le visite specialistiche, i servizi per prelievi ematici e controlli e, laddove possibile, i servizi di indagine clinica da effettuarsi con apparecchiature trasportabili/mobili quali: ecografie, radiografie, ECG;

- i Servizi Territoriali delle ASL di appartenenza regionale e i relativi distretti seguano tutte un unico "protocollo" nella fornitura dei servizi per cui sono preposti evitando "difformità" di comportamenti e nella fornitura di servizi;

- i Servizi Territoriali delle ASL snelliscano l'attuale iter burocratico previsto per la categoria delle persone in SV e SMC; ciò potrebbe consentire una riduzione della pressione e degli oneri gravanti sulle famiglie (esempio: evitare di sottoporre a verifica trimestrale lo stato di una persona in SV o in SMC per confermare prescrizioni di fornitura di ossigeno, pannoloni e traverse, presidi di consumo etc.). Tale compito potrebbe o dovrebbe essere delegato al Medico di medicina generale, a cui compete, tra l'altro, la prescrizione delle forniture dei materiali di consumo;

- è opportuno prevedere un contributo per l'abbattimento delle barriere architettoniche ed adeguamento degli ambienti in conformità con le indicazioni date direttamente dalla ASL di competenza.

2. SPECIALI UNITÀ DI ACCOGLIENZA PERMANENTE (SUAP) PER SOGGETTI IN SV O IN SMC

Il Gruppo di lavoro ha ritenuto necessario attribuire il concetto di cronicità alle strutture e non alla persona suggerendo di correggere il termine di Stato Vegetativo Permanente che in alcune regioni contraddistingue tali unità. Le SUAP, strutture intermedie che seguono i soggetti in Stato

vegetativo e SMC prolungati devono essere separate e distinte da aree di degenza ordinaria e dai reparti di riabilitazione intensiva o estensiva o di riabilitazione per Gravi Cerebrolesioni Acquisite. Esse debbono essere aree/nuclei con spazi specifici, anche in caso di coesistenza in uno stesso contenitore, in grado di favorire una risposta adeguata e personalizzata ai bisogni di questi pazienti. Si stima che vi debba essere una necessità di almeno 30/40 letti per milione di abitanti in tali unità. Le SUAP dedicate ai soggetti in SV devono ottemperare a precisi requisiti tecnici, strutturali e di personale. L'accesso alle SUAP può essere effettuato, alla luce di un preciso progetto individuale, direttamente da reparti di riabilitazione e/o lungodegenza o da strutture riabilitative per GCA (Cod. 75) o dal domicilio per periodi di sollievo, nell'ambito del progetto individuale formulato dalla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territoriale attivata nell'ASL di residenza."
Non costituiscono criteri di esclusione per l'accesso:

- la presenza di cannula tracheostomica;
- la nutrizione enterale;
- la comorbilità;
- la presenza di piaghe da decubito;
- la famiglia "debole" o assente.

Le SUAP devono essere inserite in un sistema di rete regionale integrato con i reparti ospedalieri e con il territorio anche per garantire una distribuzione geografica equilibrata.

3. DOMICILI PROTETTI

Si tratta di strutture prettamente sociali, case di accoglienza dove coabitano in un domicilio comune più persone in SV o SMC, che recentemente stanno nascendo come modello teorico grazie alle iniziative di singoli professionisti del settore in collaborazione con associazioni di volontariato e con gli enti locali (comune, regione, ASL).
Si tratta di modelli di assistenza integrata dove la ASL territoriale garantisce le competenze sanitarie di assistenza domiciliare e il supporto gestionale viene fornito dal comparto sociale, da associazioni di volontariato, dalle famiglie stesse, tutti sottoposti preventivamente ad adeguato training formativo.
Le modalità relative all'accesso e il "governo" presso queste strutture sono di competenza di commissioni sanitarie e sociali (tipo UVM). Il paziente dimesso con i criteri e le regole del reinserimento domiciliare, viene ospitato previa approvazione di una apposita commissione.
Si configura non solo come luogo di residenza, tutela ed assistenza per persone con totale assenza di autonomia ma, anche come luogo di servizi psico-sociali a sostegno della famiglia, ponendosi, nell'ambito dei servizi rivolti ai soggetti in SV e in SMC, come sostituto stabile o temporaneo al servizio di assistenza domiciliare convenzionale.
Oltre a posti di residenza stabili, possono essere dotate di "posti di sollievo" e di "transito".
In questo caso le persone dovrebbero fissare il loro domicilio presso queste strutture temporaneamente per un periodo non superiore ai 2 mesi.
Anche la funzione di questi posti letto va ad assumere un valore fondamentale nel percorso assistenziale per persone in SV o SMC.
Queste strutture dovrebbero prevedere anche la possibilità di pernottamento di un familiare presso la struttura.

PRIORITA' e RACCOMANDAZIONI

Dall'analisi fisiologicamente connessa alla attuale realtà e in linea non solo con le indicazioni del PSN, ma anche con i LEA che incentivano l'individuazione di percorsi terapeutici è, ormai da tempo emersa, la necessità di direttive nazionali per definire i percorsi di cura e incentivare lo sviluppo di reti regionali assistenziali dei pazienti in SV e SMC.
Per assolvere correttamente alle necessità specifiche e rendere efficiente il sistema, si ritiene opportuno sottolineare la necessità di un tavolo di lavoro che, in collaborazione tra esperti della materia, con gli assessorati alla sanità regionale, comunale e una rappresentanza nazionale delle associazioni, in uno stato di sinergia operativa, avvii un programma sia di interventi progressivi sia l'individuazione di indispensabili linee di ricerca.
In particolare gli interventi necessari sono:

- riconoscimento dei sistemi di assistenza primaria alle persone in SV e SMC;

- regolamento ministeriale per l'individuazione degli standard qualitativi (strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito) e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza - legge n. 311 del 2004 (art. 1, comma 169) - con l'intento di integrare e specificare i LEA sul versante attuativo, assicurarne una erogazione omogenea tra le diverse aree del territorio evitando disparità dei costi sostenuti (dalle singole Regioni) e nel trattamento riservato ai cittadini (con differente residenza);

- valutazione analitica e critica dei sistemi di finanziamento delle strutture attualmente attive con particolare riferimento alla adeguatezza e congruità delle differenti tariffe basate sulla complessità o sulla tipologia di pazienti ed intensità degli interventi erogati sia in regime di ricovero h 24 e diurno;

- ricognizione delle risorse finanziarie ed umane impiegate nell'assistenza alle persone in SV e SMC;

- processi di coerente collegamento in rete tra presidi ospedalieri e tra questi e le strutture territoriali;

- definizione degli standard in caso di mancata definizione da parte delle Regioni dei tempi di attesa per le singole prestazioni rientranti nei LEA. legge n. 266 del 2005 (l. finanziaria per il 2006) e legge n. 311 del 2004;

- programmi di sviluppo della rete dei servizi territoriali, nonché programmi incisivi per il grado di appropriatezza;

- valutazione efficacia degli specifici interventi riabilitativi;

- sviluppo attraverso adeguate politiche di aggiornamento e formazione del "governo clinico";

- integrazione professionale come elemento imprescindibile per l'esistenza e il buon funzionamento di un sistema di assistenza primaria, in funzione di una presa in carico efficace nelle varie fasi cliniche ivi compresa la cronicità;

- implementazione del sistema informativo finalizzato all'incremento non solo dell'efficienza ma anche della qualità;

- rilevazione dell'impatto clinico ed economico dei comportamenti professionali sugli obiettivi del sistema.

- La progettazione e la realizzazione di servizi adeguati è condizionata da fattori eterogenei:
  - carenza di dati epidemiologici;
  - differenti modalità d'osservazione, trattamento e registrazione dei dati;
  - differenti criteri e metodiche di supporto al clinico per definire l'outcome dello SV e SMC.

Infine, anche i limiti delle conoscenze sul funzionamento del cervello e sulla fisiopatologia della coscienza nello stato di Coma e nelle gravi alterazioni dello stato di Coscienza, continua a presentare delle grandi difficoltà, con le immaginabili conseguenze nelle ricadute della pratica clinica.

Anche dal punto di vista dell'efficienza e dell'appropriatezza dei modelli assistenziali è, pertanto, indispensabile, come precisato in altre parti di questo report, sostenere nuove frontiere e prospettive nella ricerca, per l'individuazione di criteri diagnostici, prognostici e di best practices.

Nel proporre lo studio di pazienti in coma o in SV e in SMC, cioè in stati neurologici a basso livello di responsività, si compie una scelta etica fondata sia sul rispetto della persona, sia sul duplice rifiuto dell'abbandono assistenziale e dell'accanimento terapeutico.

Si tratta di un aspetto cruciale nella organizzazione dell'assistenza alle persone con grave disabilità, prima di tutto per garantire a questi soggetti la certezza diagnostica, ma anche per garantire funzionalità ed efficienza complessiva alla rete delle strutture dedicate a questo settore.

Tale scelta ha delle ricadute non solo pratiche, ma anche etiche di enorme rilevanza, soprattutto per quelle condizioni drammatiche in cui la condizione clinica di SV o di SMC si protrae indefinitamente.

Il miglioramento dei modelli assistenziali e la ricerca scientifica sugli stati neurologici a basso livello di responsività possono offrire un importante contributo per far crescere appropriatezza ed efficienza in sanità, per garantire maggiori livelli di giustizia per tutti i cittadini, fondati su principi di equità e solidarietà all'interno del corpo sociale, e per far avanzare il livello complessivo di civiltà del Paese.

BIBLIOGRAFIA

Riferimenti bibliografici essenziali

1. American Congress of Rehabilitation of Medicine (Arch. Phys. Med. Rehabil. 1995; 76: 205-9
2. Committee on Trauma: Resources for Optimal Care of the Injured Patient. Chicago. Ill: American College of Surgeons; 1999
3. Trunkey DD: Trauma centers and trauma systems. J Trauma 2003; 289: 1566-1567
4. Dal soccorso extra-ospedaliero Alla riabilitazione Sistema Integrato di Assistenza ai Traumatizzati (S.I.A.T.) - Trauma Center
5. Stocchetti N: Trauma care in Italy: evidence of inhospital preventable deaths. J Trauma 1994; 36: 401-5
6. Committee on Trauma: Resources for Optimal Care of the Injured Patient. Chicago. Ill: American College of Surgeons; 1999
7. Brain Trauma Foundation, American Association of Neurological Surgeons, Congress of Neurological Surgeons, Joint Section on Neurotrauma and Critical Care. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury, 3rd ed. J Neurotrauma 2007;24(Suppl 1):S 1-S 95
8. D.Shaun Gray, MD, PhD, Robert S. Burnham, MSc, MD - Preliminary outcome analysis of a long-term rehabilitation program for severe acquired brain injury . *2000 Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Volume 81, Issue 11, Pages 1447-1456
9. Management and Prognosis of Severe Traumatic Brain Injury. Brain Trauma Foundation: New York, 2000:75–90. Journal of Neurotraum Volume 24, Supplement 1, 2007 Brain Trauma Foundation Pp. S-32–S-36
10. Neurological Intensive Care NewYork-Presbyterian Hospital *nyp .org /services/ neurological.../neuro-icu.html* NICU
11. Division of Stroke and Critical Care, Neurology, New York.htm
12. Cohadon F. Sortir du Coma, Ed. Cortina, Verona 2003
13. Neuro-Intensive Care Unit - University of Chicago Medical Center.htm
14. Provena Health - REGISTRY RN-Neuro ICU- 7p-7a.htm
15. Dunn IF, Ellegala DB, Kim DH, et al. Neuromonitoring in neurological critical care. Neurocrit Care 2006;4:83– 92.
16. The Scottish Office: Hub and Spoke Arrangements. Acute Services Review Report. Cap.3, June 1998
17. Acute Neurorehabilitation at Hope Hospital Salford National Service Framework.htm
18. Acute neurorehabilitation--an introduction acute neurorehabilitation is an important but little-known field_ - Free Online Library.htm
19. Guidelines for Good Practice – Brain Injury Rehabilitation – Achievement of the Exchange and Information Acitivities of the HELIOS II Programme, European Commission, DGV. 1996
20. Consensus Conference Modena 2000 Su " Modalità di trattamento riabilitativo del traumatizzato cranio-encefalico in fase acuta, criteri di trasferibilità in strutture riabilitative e indicazioni a percorsi appropriati" Documento conclusivo della Giuria e Raccomandazioni. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa 2001; Vol 15 N° 1: 29-39 www.simfer.it; www.gcla.it; www.pnlg.it
21. Dolce G, Sazbon L. The post traumatic Vegetative state, Thieme 2002
22. Multi-Society Task Force in PVS - New Engl. J. Med. 1994; 330: 1490-1508

Documenti consultati

I. Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009. http://www.normativa sanitaria.it

II. Risorse 2009 vincolate agli obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale Riparto tra le Regioni - Linee Progettuali - 27 aprile 2009 http--www.cgl-Archivio-Welfare

III. Guidelines for Good Practice – Brain Injury Rehabilitation – Achievement of the Exchange and Information Acitivities of

IV. Linee Guida del Ministero della Sanità per le Attività di Riabilitazione. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n° 124 del 30 maggio 1998

V. Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione e Istituto Don Calabria. Atti della Consensus Conference, Verona, 10.06.2005

VI. Giacino JT, Zasler ND, Katz DI, Kelly JP, Rosenberg JH, Filley CM. Development of practice guidelines for assessment and management of the vegetative and minimally conscious states. J Head Trauma Rehabil 1997;12(4):79-89

VII. Programma per la Ricerca Sanitaria 2008: attività di Ricerca Finalizzata (art.12 e 12 bis del D.Lgs. 502/92, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n.229/99) http://ricerca.cbim.it

VIII. Jean Berube, Esq., Joseph Fins, MD, FACP, Joseph Giacino, PhD, Douglas Katz, MD, Jean, Langlois, ScD.,MPH, John Whyte, MD, PhD, George A. Zitnay, PhD, ABDA, CBIS-CE, Founder NBIRTT, DVBIC, IBIA -A Report to Congress :Disorders of Consciousness: Assessment, Treatment and Research-Needs- American Guidelines

IX. Regione Emilia Romagna. Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilita' acquisite in eta' adulta. Prime indicazioni.

X. Bollettino ufficiale della Regione Emilia Romagna n.152 del 10.11.2004

XI. Conference of Medical Royal Colleges and their faculties of the United Kingdom. Journal of the Royal College of Physicians of London. 30:119-121, 1996.

XII. Royal College of Physicians of London. The Vegetative State. Guidance on Diagnosis and Management. 2003.

XIII. Sailly JC. Economics aspects of the care of patients in the vegetative state. Acta Neurologica Belgica 94(1994) : 155-165

XIV. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Conferenza Stato Regioni approva Accordo per la realizzazione degli Obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009 - Dichiarazione Sottosegretario Francesca Martini - Approvazione proposta per la realizzazione degli Obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009 - Comunicato n. 113, 25 marzo 2009

XV. L.E. Mackay, B.A. Bernstein, et al. Early Intervention in severe head injury: long-term benefits of a formalized program. Arch Phys Med Rehab 1992; 73: 635-641

XVI. Linee Guida del Ministero della Sanità per le Attività di Riabilitazione. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n° 124 del 30 maggio 1998
Drummond M.F., (1981), La Valutazione Economica dei Sistemi Sanitari. Milano F. Angeli.

11A06960

ESTRATTI, SUNTI E COMUNICATI

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

Autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale «Glucosio Monico»

Estratto determinazione V&A.N n. 693 del 2 maggio 2011

Descrizione del medicinale e attribuzione numero A.I.C.

È autorizzata l'immissione in commercio del medicinale: GLUCOSIO MONICO, anche nelle forme e confezioni: «5% soluzione per infusione» 12 flaconi da 500 ml; «5% soluzione per infusione» 20 flaconi da 500 ml; «5% soluzione per infusione» 6 flaconi da 1.000 ml; «5% soluzione per infusione» 12 flaconi da 1.000 ml; «5% soluzione per infusione» 30 flaconi da 50 ml in 100 ml; «5% soluzione per infusione» 50 sacche da 100 ml; «5% soluzione per infusione» 20 sacche da 250 ml; «5% soluzione per infusione» 20 sacche da 500 ml; «5% soluzione per infusione» 12 sacche da 1.000 ml; «10% soluzione per infusione» 30 flaconi da 100 ml; «10% soluzione per infusione» 20 flaconi da 250 ml; «10% soluzione per infusione» 12 flaconi da 500 ml; «10% soluzione per infusione» 20 flaconi da 500 ml; «10% soluzione per infusione» 6 flaconi da 1.000 ml; «10% soluzione per infusione» 12 flaconi da 1.000 ml; «10% soluzione per infusione» 50 sacche da 100 ml; «10% soluzione per infusione» 20 sacche da 250 ml; «10% soluzione per infusione» 20 sacche da 500 ml; «10% soluzione per infusione» 12 sacche da 1.000 ml; «20% soluzione per infusione» 30 flaconi da 100 ml; «20% soluzione per infusione» 20 flaconi da 250 ml; «20% soluzione per infusione» 12 flaconi da 500 ml; «20% soluzione per infusione» 20 flaconi da 500 ml; «20% soluzione per infusione» 6 flaconi da 1.000 ml; «20% soluzione per infusione» 12 flaconi da 1.000 ml; «20% soluzione per infusione» 50 sacche da 100 ml; «20% soluzione per infusione» 20 sacche da 250 ml; «20% soluzione per infusione» 20 sacche da 500 ml; «20% soluzione per infusione» 12 sacche da 1.000 ml; «33% soluzione per infusione» 30 flaconi da 100 ml; «33% soluzione per infusione» 20 flaconi da 250 ml; «33% soluzione per infusione» 12 flaconi da 500 ml; «33% soluzione per infusione» 20 flaconi da 500 ml; «33% soluzione per infusione» 6 flaconi da 1.000 ml; «33% soluzione per infusione» 12 flaconi da 1.000 ml; «33% soluzione per infusione» 50 sacche da 100 ml; «33% soluzione per infusione» 20 sacche da 250 ml; «33% soluzione per infusione» 20 sacche da 500 ml; «33% soluzione per infusione» 12 sacche da 1.000 ml; «50% soluzione per infusione» 30 flaconi da 100 ml; «50% soluzione per infusione» 20 flaconi da 250 ml; «50% soluzione per infusione» 12 flaconi da 500 ml; «50% soluzione per infusione» 20 flaconi da 500 ml; «50% soluzione per infusione» 6 flaconi da 1.000 ml; «50% soluzione per infusione» 12 flaconi da 1.000 ml; «50% soluzione per infusione» 50 sacche da 100 ml; «50% soluzione per infusione» 20 sacche da 250 ml; «50% soluzione per infusione» 20 sacche da 500 ml; «50% soluzione per infusione» 12 sacche da 1.000 ml; «50% soluzione per infusione» 6 flaconi da 500 ml in 1.000 ml; «50% soluzione per infusione» 12 flaconi da 500 ml in 1.000 ml; «70% soluzione per infusione» 6 flaconi da 500 ml in 1.000 ml; «70% soluzione per infusione» 12 flaconi da 500 ml in 1.000 ml; «70% soluzione per infusione» 30 flaconi da 100 ml; «70% soluzione per infusione» 20 flaconi da 250 ml; «70% soluzione per infusione» 12 flaconi da 500 ml; «70% soluzione per infusione» 20 flaconi da 500 ml; «70% soluzione per infusione» 6 flaconi da 1.000 ml; «70% soluzione per infusione» 12 flaconi da 1.000 ml; «70% soluzione per infusione» 50 sacche da 100 ml; «70% soluzione per infusione» 20 sacche da 250 ml; «70% soluzione per infusione» 20 sacche da 500 ml; «70% soluzione per infusione» 12 sacche da 1.000 ml; «5% soluzione per infusione» 30 flaconi da 100 ml e «5% soluzione per infusione» 20 flaconi da 250 ml, con le specificazioni di seguito indicate, a condizione che siano efficaci alla data di entrata in vigore della presente determinazione.

Titolare A.I.C.: Monico S.p.A., con sede legale e domicilio fiscale in Mestre-Venezia, via Ponte di Pietra n. 7, cap. 30173 - codice fiscale 00228550273.

Confezioni:

«5% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml;

A.I.C. n. 036709018 (in base 10) 1308NU (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 55 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«5% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml;

A.I.C. n. 036709020 (in base 10) 1308NW (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 55 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«5% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709032 (in base 10) 1308P8 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 55 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«5% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709044 (in base 10) 1308PN (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 55 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«5% soluzione per infusione» 30 flaconi 50 ml in 100 ml;

A.I.C. n. 036709057 (in base 10) 1308Q1 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 55 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«5% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml;

A.I.C. n. 036709069 (in base 10) 1308QF (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 55 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«5% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml;

A.I.C. n. 036709071 (in base 10) 1308QH (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 55 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«5% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml;

A.I.C. n. 036709083 (in base 10) 1308QV (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 55 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«5% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709095 (in base 10) 1308R7 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 55 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«10% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml;

A.I.C. n. 036709107 (in base 10) 1308RM (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 110 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«10% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml;

A.I.C. n. 036709119 (in base 10) 1308RZ (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 110 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«10% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml;

A.I.C. n. 036709121 (in base 10) 1308S1 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 110 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«10% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml;

A.I.C. n. 036709133 (in base 10) 1308SF (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 110 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«10% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709145 (in base 10) 1308ST (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 110 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«10% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709158 (in base 10) 1308T6 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 110 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«10% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml;

A.I.C. n. 036709160 (in base 10) 1308T8 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 110 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«10% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml;

A.I.C. n. 036709172 (in base 10) 1308TN (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 110 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«10% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml;

A.I.C. n. 036709184 (in base 10) 1308U0 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 110 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«10% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709196 (in base 10) 1308UD (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 110 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«20% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml;

A.I.C. n. 036709208 (in base 10) 1308US (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 220 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«20% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml;

A.I.C. n. 036709210 (in base 10) 1308UU (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 220 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«20% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml;

A.I.C. n. 036709222 (in base 10) 1308V6 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 220 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«20% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml;

A.I.C. n. 036709234 (in base 10) 1308VL (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 220 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«20% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709246 (in base 10) 1308VY (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 220 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«20% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709259 (in base 10) 1308WC (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 220 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«20% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml;

A.I.C. n. 036709261 (in base 10) 1308WF (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 220 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«20% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml;

A.I.C. n. 036709273 (in base 10) 1308WT (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 220 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«20% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml;

A.I.C. n. 036709285 (in base 10) 1308X5 (in base 32);
forma farmaceutica: soluzione per infusione;
validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;
produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;
produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);
composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:
principio attivo: glucosio monoidrato 220 g;
eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;
«20% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml;
A.I.C. n. 036709297 (in base 10) 1308XK (in base 32);
forma farmaceutica: soluzione per infusione;
validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;
produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;
produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);
composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:
principio attivo: glucosio monoidrato 220 g;
eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;
«33% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml;
A.I.C. n. 036709309 (in base 10) 1308« (in base 32);
forma farmaceutica: soluzione per infusione;
validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;
produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;
produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);
composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:
principio attivo: glucosio monoidrato 363 g;
eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;
«33% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml;
A.I.C. n. 036709311 (in base 10) 1308XZ (in base 32);
forma farmaceutica: soluzione per infusione;
validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;
produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;
produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);
composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:
principio attivo: glucosio monoidrato 363 g;
eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;
«33% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml;
A.I.C. n. 036709323 (in base 10) 1308YC (in base 32);
forma farmaceutica: soluzione per infusione;
validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;
produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;
produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);
composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:
principio attivo: glucosio monoidrato 363 g;
eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;
«33% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml;
A.I.C. n. 036709335 (in base 10) 1308YR (in base 32);
forma farmaceutica: soluzione per infusione;
validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;
produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;
produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);
composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:
principio attivo: glucosio monoidrato 363 g;
eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;
«33% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml;
A.I.C. n. 036709347 (in base 10) 1308Z3 (in base 32);
forma farmaceutica: soluzione per infusione;
validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;
produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;
produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);
composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:
principio attivo: glucosio monoidrato 363 g;
eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;
«33% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml;
A.I.C. n. 036709350 (in base 10) 1308Z6 (in base 32);
forma farmaceutica: soluzione per infusione;
validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;
produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;
produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);
composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:
principio attivo: glucosio monoidrato 363 g;
eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;
«33% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml;
A.I.C. n. 036709362 (in base 10) 1308ZL (in base 32);
forma farmaceutica: soluzione per infusione;
validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;
produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;
produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);
composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:
principio attivo: glucosio monoidrato 363 g;
eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;
«33% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml;
A.I.C. n. 036709374 (in base 10) 1308ZY (in base 32);
forma farmaceutica: soluzione per infusione;
validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;
produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;
produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);
composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:
principio attivo: glucosio monoidrato 363 g;
eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;
«33% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml;
A.I.C. n. 036709386 (in base 10) 13090B (in base 32);
forma farmaceutica: soluzione per infusione;
validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;
produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;
produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);
composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:
principio attivo: glucosio monoidrato 363 g;
eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«33% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709398 (in base 10) 13090Q (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 363 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«50% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml;

A.I.C. n. 036709400 (in base 10) 13090S (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 550 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«50% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml;

A.I.C. n. 036709412 (in base 10) 130914 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 550 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«50% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml;

A.I.C. n. 036709424 (in base 10) 13091J (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 550 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«50% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml;

A.I.C. n. 036709436 (in base 10) 13091W (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 550 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«50% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709448 (in base 10) 130928 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 550 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«50% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709451 (in base 10) 13092C (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 550 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«50% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml;

A.I.C. n. 036709463 (in base 10) 13092R (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 550 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«50% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml;

A.I.C. n. 036709475 (in base 10) 130933 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 550 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«50% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml;

A.I.C. n. 036709487 (in base 10) 13093H (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 550 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«50% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709499 (in base 10) 13093V (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 550 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«50% soluzione per infusione» 6 flaconi 500 ml in 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709501 (in base 10) 13093X (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 550 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«50% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml in 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709513 (in base 10) 130949 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 550 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«70% soluzione per infusione» 6 flaconi 500 ml in 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709525 (in base 10) 13094P (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 770 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«70% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml in 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709537 (in base 10) 130951 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 770 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«70% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml;

A.I.C. n. 036709549 (in base 10) 13095F (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 770 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«70% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml;

A.I.C. n. 036709552 (in base 10) 13095J (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 770 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«70% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml;

A.I.C. n. 036709564 (in base 10) 13095W (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 770 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«70% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml;

A.I.C. n. 036709576 (in base 10) 130968 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 770 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«70% soluzione per infusione » 6 flaconi 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709588 (in base 10) 13096N (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 770 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«70% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709590 (in base 10) 13096Q (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 770 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«70% soluzione per infusione » 50 sacche 100 ml;

A.I.C. n. 036709602 (in base 10) 130972 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 770 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«70% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml;

A.I.C. n. 036709614 (in base 10) 13097G (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 770 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«70% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml;

A.I.C. n. 036709626 (in base 10) 13097U (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 770 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«70% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml;

A.I.C. n. 036709638 (in base 10) 130986 (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 770 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«5% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml;

A.I.C. n. 030793982 (in base 10) 0XCS7Y (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 55 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml;

«5% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml;

A.I.C. n. 030793994 (in base 10) 0XCS8B (in base 32);

forma farmaceutica: soluzione per infusione;

validità prodotto integro: 3 anni dalla data di fabbricazione;

produttore del principio attivo: Cargill Iberica, Marie Curie, Martorell-Barcellona;

produttore del prodotto finito: Monico S.p.A. stabilimento sito in Venezia-Mestre, via Ponte Di Pietra 7 (tutte);

composizione: 1.000 ml di soluzione per infusione contengono:

principio attivo: glucosio monoidrato 55 g;

eccipienti: acqua per preparazioni iniettabile quanto basta a 1.000 ml.

Indicazioni terapeutiche: nelle patologie che richiedono un ripristino delle condizioni di idratazione in associazione ad un apporto calorico, specialmente nei pazienti che non necessitano di sali o in cui questi vadano evitati. Ripristino delle concentrazioni ematiche di glucosio.

Classificazione ai fini della rimborsabilità.

Confezioni:

A.I.C. n. 036709018 - «5% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709020 - «5% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709032 - «5% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709044 - «5% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709057 - «5% soluzione per infusione» 30 flaconi 50 ml in 100 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709069 - «5% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709071 - «5% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709083 - «5% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709095 - «5% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709107 - «10% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709119 - «10% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709121 - «10% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709133 - «10% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709145 - «10% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709158 - «10% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709160 - «10% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml;

classe di rimborsabilità: «C»

A.I.C. n. 036709172 - «10% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709184 - «10% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709196 - «10% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709208 - «20% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709210 - «20% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709222 - «20% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709234 - «20% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709246 - «20% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709259 - «20% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709261 - «20% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709273 - «20% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709285 - «20% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709297 - «20% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709309 - «33% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709311 - «33% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709323 - «33% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709335 - «33% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709347 - «33% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709350 - «33% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709362 - «33% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709374 - «33% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709386 - «33% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709398 - «33% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709400 - «50% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709412 - «50% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709424 - «50% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709436 - «50% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709448 - «50% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709451 - «50% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709463 - «50% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709475 - «50% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709487 - «50% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709499 - «50% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709501 - «50% soluzione per infusione» 6 flaconi 500 ml in 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709513 - «50% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml in 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709525 - «70% soluzione per infusione» 6 flaconi 500 ml in 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709537 - «70% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml in 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709549 - «70% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709552 - «70% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709564 - «70% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709576 - «70% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709588 - «70% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709590 - «70% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709602 - «70% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709614 - «70% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709626 - «70% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 036709638 - «70% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 030793982 - «5% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml;

classe di rimborsabilità: «C»;

A.I.C. n. 030793994 - «5% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml;

classe di rimborsabilità: «C».

Classificazione ai fini della fornitura.

Confezioni:

A.I.C. n. 036709018 - «5% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709020 - «5% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709032 - «5% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709044 - «5% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709057 - «5% soluzione per infusione» 30 flaconi 50 ml in 100 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709069 - «5% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709071 - «5% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709083 - «5% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709095 - «5% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709107 - «10% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709119 - «10% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709121 - «10% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709133 - «10% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709145 - «10% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709158 - «10% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709160 - «10% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709172 - «10% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709184 - «10% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709196 - «10% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709208 - «20% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709210 - «20% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709222 - «20% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709234 - «20% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709246 - «20% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709259 - «20% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709261 - «20% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709273 - «20% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709285 - «20% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709297 - «20% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709309 - «33% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa,

utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709311 - «33% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709323 - «33% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709335 - «33% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709347 - «33% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709350 - «33% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709362 - «33% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709374 - «33% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709386 - «33% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709398 - «33% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709400 - «50% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709412 - «50% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709424 - «50% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709436 - «50% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709448 - «50% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709451 - «50% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709463 - «50% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709475 - «50% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709487 - «50% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709499 - «50% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709501 - «50% soluzione per infusione» 6 flaconi 500 ml in 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709513 - «50% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml in 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709525 - «70% soluzione per infusione» 6 flaconi 500 ml in 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709537 - «70% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml in 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709549 - «70% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709552 - «70% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709564 - «70% soluzione per infusione» 12 flaconi 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709576 - «70% soluzione per infusione» 20 flaconi 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709588 - «70% soluzione per infusione» 6 flaconi 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709590 - «70% soluzione per infusione» 12 flaconi 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709602 - «70% soluzione per infusione» 50 sacche 100 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709614 - «70% soluzione per infusione» 20 sacche 250 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa,

utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709626 - «70% soluzione per infusione» 20 sacche 500 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 036709638 - «70% soluzione per infusione» 12 sacche 1.000 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 030793982 - «5% soluzione per infusione» 30 flaconi 100 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile;

A.I.C. n. 030793994 - «5% soluzione per infusione» 20 flaconi 250 ml - OSP: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile.

Decorrenza di efficacia della determinazione: dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

11A06642

Revoca, su rinuncia, dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano «Structolipid».

Con la determinazione n. aRM - 63/2011-2829 del 12 maggio 2011 è stata revocata, ai sensi dell'art. 38, comma 9, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, su rinuncia della ditta Fresenius Kabi Italia s.r.l. l'autorizzazione all'immissione in commercio del sottoelencato medicinale, nelle confezioni indicate:

Medicinale: Structolipid;

Confezione: 034354023;

Descrizione: 20% emulsone per infusione endovenosa 1 sacca 250 ml;

Farmaco: Structolipid;

Confezione: 034354011;

Descrizione: 20% emulsone per infusione endovenosa 1 sacca 500 ml.

11A06746

Variazione di tipo II all'autorizzazione, secondo procedura di mutuo riconoscimento, del medicinale «Risperidone Sandoz».

Estratto determinazione V&A.PC/II/342 del 10/05/2011

Specialità medicinale: RISPERIDONE SANDOZ.

Confezioni:

037599014/m - «1 mg compresse rivestite con film» 6 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599026/m - «1 mg compresse rivestite con film» 10 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599038/m - «1 mg compresse rivestite con film» 20 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599040/m - «1 mg compresse rivestite con film» 30 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599053/m - «1 mg compresse rivestite con film» 50 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599065/m - «1 mg compresse rivestite con film» 60 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599077/m - «1 mg compresse rivestite con film» 100 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599089/m - «1 mg compresse rivestite con film» 100x1 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599091/m - «1 mg compresse rivestite con film» 250 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599103/m - «1 mg compresse rivestite con film» 6 compresse in contenitore pp;

037599115/m - «1 mg compresse rivestite con film» 10 compresse in contenitore pp;

037599127/m - «1 mg compresse rivestite con film» 20 compresse in contenitore pp;

037599139/m - «1 mg compresse rivestite con film» 30 compresse in contenitore pp;

037599141/m - «1 mg compresse rivestite con film» 50 compresse in contenitore pp;

037599154/m - «1 mg compresse rivestite con film» 60 compresse in contenitore pp;

037599166/m - «1 mg compresse rivestite con film» 100 compresse in contenitore pp;

037599178/m - «1 mg compresse rivestite con film» 250 compresse in contenitore pp;

037599180/m - «2 mg compresse rivestite con film» 6 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599192/m - «2 mg compresse rivestite con film» 10 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599204/m - «2 mg compresse rivestite con film» 20 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599216/m - «2 mg compresse rivestite con film» 30 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599228/m - «2 mg compresse rivestite con film» 50 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599230/m - «2 mg compresse rivestite con film» 60 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599242/m - «2 mg compresse rivestite con film» 100 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599255/m - «2 mg compresse rivestite con film» 100x1 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599267/m - «2 mg compresse rivestite con film» 250 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599279/m - «2 mg compresse rivestite con film» 6 compresse in contenitore pp;

037599281/m - «2 mg compresse rivestite con film» 10 compresse in contenitore pp;

037599293/m - «2 mg compresse rivestite con film» 20 compresse in contenitore pp;

037599305/m - «2 mg compresse rivestite con film» 30 compresse in contenitore pp;

037599317/m - «2 mg compresse rivestite con film» 50 compresse in contenitore pp;

037599329/m - «2 mg compresse rivestite con film» 60 compresse in contenitore pp;

037599331/m - «2 mg compresse rivestite con film» 100 compresse in contenitore pp;

037599343/m - «2 mg compresse rivestite con film» 250 compresse in contenitore pp;

037599356/m - «3 mg compresse rivestite con film» 6 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599368/m - «3 mg compresse rivestite con film» 10 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599370/m - «3 mg compresse rivestite con film» 20 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599382/m - «3 mg compresse rivestite con film» 30 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599394/m - «3 mg compresse rivestite con film» 50 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599406/m - «3 mg compresse rivestite con film» 60 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599418/m - «3 mg compresse rivestite con film» 100 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599420/m - «3 mg compresse rivestite con film» 100x1 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599432/m - «3 mg compresse rivestite con film» 250 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599444/m - «3 mg compresse rivestite con film» 6 compresse in contenitore pp;

037599457/m - «3 mg compresse rivestite con film» 10 compresse in contenitore pp;

037599469/m - «3 mg compresse rivestite con film» 20 compresse in contenitore pp;

037599471/m - «3 mg compresse rivestite con film» 30 compresse in contenitore pp;

037599483/m - «3 mg compresse rivestite con film» 50 compresse in contenitore pp;

037599495/m - «3 mg compresse rivestite con film» 60 compresse in contenitore pp;

037599507/m - «3 mg compresse rivestite con film» 100 compresse in contenitore pp;

037599519/m - «3 mg compresse rivestite con film» 250 compresse in contenitore pp;

037599521/m - «4 mg compresse rivestite con film» 6 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599533/m - «4 mg compresse rivestite con film» 10 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599545/m - «4 mg compresse rivestite con film» 20 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599558/m - «4 mg compresse rivestite con film» 30 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599560/m - «4 mg compresse rivestite con film» 50 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599572/m - «4 mg compresse rivestite con film» 60 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599584/m - «4 mg compresse rivestite con film» 100 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599596/m - «4 mg compresse rivestite con film» 100x1 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599608/m - «4 mg compresse rivestite con film» 250 compresse in blister pvc/pe/pvdc/al;

037599610/m - «4 mg compresse rivestite con film» 6 compresse in contenitore pp;

037599622/m - «4 mg compresse rivestite con film» 10 compresse in contenitore pp;

037599634/m - «4 mg compresse rivestite con film» 20 compresse in contenitore pp;

037599646/m - «4 mg compresse rivestite con film» 30 compresse in contenitore pp;

037599659/m - «4 mg compresse rivestite con film» 50 compresse in contenitore pp;

037599661/m - «4 mg compresse rivestite con film» 60 compresse in contenitore pp;

037599673/m - «4 mg compresse rivestite con film» 100 compresse in contenitore pp;

037599685/m - «4 mg compresse rivestite con film» 250 compresse in contenitore pp.

Titolare AIC: SANDOZ S.P.A.

N. Procedura Mutuo Riconoscimento: FI/H/0373/001-004/II/010.

Tipo di Modifica: Modifica stampati.

Modifica Apportata: è autorizzata l'armonizzazione del Foglio Illustrativo e delle Etichette. Gli stampati corretti ed approvati sono allegati alla determinazione.

In ottemperanza all'art. 80 commi 1 e 3 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i. il foglio illustrativo e le etichette devono essere redatti in lingua italiana e limitatamente ai medicinali in commercio nella provincia di Bolzano, anche in lingua tedesca.

Il Titolare dell'AIC che intende avvalersi dell'uso complementare di lingue estere, deve darne preventiva comunicazione all'AIFA e tenere a disposizione la traduzione giurata dei testi in lingua tedesca e/o in altra lingua estera.

In caso di inosservanza delle disposizioni sull'etichettatura e sul foglio illustrativo si applicano le sanzioni di cui all'art. 82 del suddetto decreto legislativo.

I lotti già prodotti, possono essere mantenuti in commercio fino alla data di scadenza indicata in etichetta.

La presente determinazione entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

11A07220

AGENZIA PER LA RAPPRESENTANZA NEGOZIALE DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale non dirigente dipendente di DigitPA - Biennio economico 2008-2009.

Il giorno 24 maggio 2011 alle ore 12,00 presso la sede dell'Aran, ha avuto luogo l'incontro tra L'ARAN nella persona del Vice Commissario Straordinario cons. Enrico Mingardi (firmato) e le seguenti Organizzazioni e Confederazioni sindacali:

Organizzazioni sindacali	Confederazioni sindacali
FALBI CONFSAL (firmato)	CONFSAL (firmato)
CGIL FP (firmato)	CGIL (firmato)
CISL FPS (firmato)	CISL (firmato)

Al termine della riunione le parti sottoscrivono l'allegato Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale non dirigente dipendente di DigiPA per il biennio economico 2008 - 2009.

ALLEGATO

DigitPA

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO

BIENNIO ECONOMICO 2008/2009

TITOLO I
Disposizioni generali

Art. 1

Campo di applicazione, durata e decorrenza del contratto

1. Il presente contratto si applica a tutto il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo determinato dipendente di DigiPA.

2. Il presente contratto si riferisce al periodo dal 1° gennaio 2008 al 31 dicembre 2009 e concerne gli istituti giuridici e del trattamento economico di cui ai successivi articoli.

3. Gli effetti decorrono dal giorno successivo alla data di stipulazione, salvo diversa prescrizione del presente contratto.

4. Il riferimento a DigitPA è riportato nel testo del presente contratto come Ente.

5. In riferimento al CCNL 2006/20009 deve intendersi al CCNL del quadriennio normativo 2006/2009 e biennio economico 2006/2007, sottoscritto il 12 aprile 2011.

6. Per quanto non previsto dal presente contratto restano ferme le disposizioni contenute nel CCNL di cui al comma 5.

TITOLO II
Trattamento economico

Art. 2

Stipendio tabellare

1. Gli stipendi tabellari, come stabiliti dall'art. 64, comma 3 - tabella D, del CCNL 2006/2009, sono incrementati degli importi mensili lordi, per tredici mensilità, indicati nella Tabella A ed alle scadenze ivi previste.

2. Gli importi annui degli stipendi tabellari risultanti dall'applicazione del comma 1 sono rideterminati nelle misure e con le decorrenze stabilite dalla allegata Tabella B.

3. Gli incrementi di cui al comma 1 comprendono ed assorbono l'indennità di vacanza contrattuale, secondo le previsioni dell'art. 2, comma 35, della legge 22 dicembre 2008, n. 203.

Art. 3

Effetti dei nuovi stipendi

1. Le misure degli stipendi risultanti dall'applicazione del presente contratto hanno effetto sulla tredicesima mensilità, sul compenso per lavoro straordinario, sul trattamento ordinario di quiescenza, normale e privilegiato, sull'indennità di buonuscita, sul TFR, sull'indennità di cui all'art. 53, comma 4 (codice disciplinare) ed all'art. 55, comma 7 (sospensione cautelare in caso di procedimento penale) del CCNL 2006/2009, sull'equo indennizzo, sulle ritenute assistenziali e previdenziali e relativi contributi, comprese la ritenuta in conto entrata Tesoro od altre analoghe ed i contributi di riscatto.

2. I benefici economici risultanti dalla applicazione dell'art. 2 sono corrisposti integralmente alle scadenze e negli importi previsti al personale comunque cessato dal servizio, con diritto a pensione, nel periodo di vigenza del biennio economico 2008-2009. Agli effetti del trattamento di fine rapporto, dell'indennità di buonuscita, di licenziamento, nonché di quella prevista dall'art. 2122 c.c., si considerano solo gli scaglionamenti maturati alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Art. 4

Fondo per le politiche di sviluppo delle risorse umane e per la produttività

1. Il Fondo di cui all'art. 69 del CCNL 2006/2009, è incrementato, dal 1° gennaio 2009, di un importo pari a Euro 30,00 pro capite mensili per tredici mensilità per i dipendenti di cui all'art. 1, comma 1 in servizio al 31.12.2007.

Art. 5

Norme speciali

1. In deroga a quanto previsto dall'art. 6 del CCNL 2006/2009, in prima applicazione, fino al prossimo rinnovo delle RSU dei comparti, i soggetti titolari della contrattazione integrativa sono quelli individuati al medesimo art. 6, lettera a).

2. All'art. 63 (Clausole speciali) il comma 4 viene sostituito come segue:
   "4. Resta ferma la possibilità di usufruire di polizze sanitarie integrative delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario Nazionale, ovvero di altri benefici sociali e assistenziali, qualora gli stessi siano già previsti dalla disciplina finora applicata al personale DigitPa, secondo i criteri e le modalità ivi definiti e, in ogni caso, nei limiti delle risorse finanziarie già utilizzate per tali finalità".

DICHIARAZIONE CONGIUNTA N. 1

In considerazione degli elementi innovativi che caratterizzano il sistema classificatorio delineato nel presente CCNL, le parti confermano l'impegno di verificare, nella prossima sessione negoziale, l'applicazione del sistema stesso anche al fine di valutare la possibilità di eventuali modifiche ed integrazioni con riferimento, altresì, all'articolazione degli sviluppi economici all'interno delle categorie.

Tabella A

Incrementi mensili della retribuzione tabellare

Valori in Euro da corrispondere per 13 mensilità

Categoria	Profilo	Fascia retributiva	Dal 1.1.2008	Rideterminato dal 1.1.2009 (1)
TERZA	Professional	F 9	22,77	142,50
		F 8	20,68	129,38
		F 7	17,58	109,37
		F 6	16,57	103,06
	Funzionari	F 7	17,58	109,37
		F 6	16,57	103,06
		F 5	15,51	96,50
		F 4	14,57	89,45
		F 3	13,27	81,52
		F 2	12,55	78,08
		F 1	12,12	75,39
SECONDA	Collaboratori	F 6	12,52	77,88
		F 5	12,17	75,69
		F 4	11,77	73,22
		F 3	11,11	70,09
		F 2	10,44	64,94
		F 1	9,93	61,75
PRIMA	Operatori	F 3	10,10	62,81
		F 2	9,74	60,57
		F 1	9,40	58,47

(1) Il valore a decorrere dal 1.1.2009 comprende ed assorbe l'incremento corrisposto dal 1.1.2008.

Tabella B

Retribuzione tabellare

Valori in Euro annui per 12 mensilità a cui aggiungere la tredicesima mensilità.

Categoria	Profilo	Fascia retributiva	Dal 1.1.2008	Dal 1.1.2009
TERZA	Professional	F 9	38.273,24	39.710,00
		F 8	34.748,16	36.052,56
		F 7	29.547,14	30.648,62
		F 6	27.842,52	28.880,40
	Funzionari	F 7	29.547,14	30.648,62
		F 6	27.842,52	28.880,40
		F 5	26.068,98	27.040,86
		F 4	24.489,87	25.388,43
		F 3	22.293,30	23.112,30
		F 2	21.094,54	21.880,90
		F 1	20.366,10	21.125,34
SECONDA	Collaboratori	F 6	21.038,54	21.822,86
		F 5	20.447,15	21.209,39
		F 4	19.779,68	20.517,08
		F 3	18.664,31	19.372,07
		F 2	17.543,67	18.197,67
		F 1	16.681,27	17.303,11
PRIMA	Operatori	F 3	16.967,41	17.599,93
		F 2	16.363,09	16.973,05
		F 1	15.795,73	16.384,57

11A07232

MINISTERO DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE

Rilascio dell'autorizzazione integrata ambientale per l'esercizio dell'impianto chimico sito nel comune di Mira, località Marano Veneziano – Marchi Industriale S.p.A.

Si rende noto che, con decreto del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare prot. n. DVA/DEC/2011/0000229 del 3 maggio 2011, è stata rilasciata alla Società Marchi Industriale S.p.A., con sede legale in Firenze, via Trento n. 16, l'autorizzazione integrata ambientale per l'esercizio dell'impianto chimico sito nel Comune di Mira (VE), località Marano Veneziano, ai sensi del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152 e s.m.i.

Copia del provvedimento è messa a disposizione del pubblico per la consultazione presso la Direzione per le valutazioni ambientali del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, via C. Colombo 44, Roma, e attraverso il sito web del Ministero, agli indirizzi www.minambiente.it e http://aia.minambiente.it.

11A06859

MINISTERO DELL'INTERNO

Abilitazione dell'organismo ICMQ S.p.a. ai fini dell'attestazione di conformità dei prodotti da costruzione, limitatamente agli aspetti concernenti il requisito essenziale n. 2 «Sicurezza in caso d'incendio».

Con provvedimento dirigenziale datato 19 maggio 2011, l'organismo «ICMQ S.p.A.», con sede in Milano - cap 20124 - via Gaetano De Castillia n.10, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 246 del 21 aprile 1993, di attuazione della direttiva 89/106/CEE relativa ai prodotti da costruzione e decreto interministeriale 9 maggio 2003 n. 156, è abilitato, limitatamente agli aspetti concernenti il requisito essenziale n.2 «Sicurezza in caso d'incendio», all'espletamento dell'attestazione della conformità in materia di prodotti prefabbricati di calcestruzzo come specificato nel provvedimento medesimo.

Il testo completo del provvedimento è consultabile sul sito Internet http://www.vigilfuoco.it alla sezione «Prevenzione e Sicurezza - Ultime disposizioni».

11A07157

MINISTERO DELLA SALUTE

Elenco dei rappresentanti, stabiliti in Italia, degli stabilimenti ubicati in Paesi terzi, di cui al comma 9 dell'articolo 15, del decreto del Presidente della Repubblica 2 novembre 2001 , n. 433, concernente il regolamento di attuazione delle direttive 96/51/CE, 98/51/CE e 1999/20/CE, in materia di additivi nell'alimentazione degli animali, per l'anno 2010.

DITTA ITALIANA	SEDE	STABILIMENTO PAESE TERZO	SEDE STABILIMENTO PAESE TERZO	PAESE TERZO
AGOLIN	ISOLA VICENTINA	ANHUI HERRMAN IMPEX CO LTD	274 HUPOZHONGCUN CHANJIANG WEST RD HEFEI ANHUI	CINA
AGRISTUDIO	SEDE LEGALE IN (RE) VIA GRAMSCI 56 E PRODUTTIVA IN PEGOGNAGA VIA PERTINI 14 (MN)	CHINA QINGDAO HANXINGCHENG ECONOMIC AND TRADE CO LTD	N.54 ZHANGZHOU 2 ROAD QUINGDAO	CINA
AGROLABO	VIA MASERO 59 10010 SCARMAGNO (TO)	PRYA CHEMICALS 2 LARISSA 396 B OFF	S. TEMPLE ROAD MAHIM MUMBAI 400016 INDIA	INDIA
AICHEM	VIA F.LLI BANDIERA 20 20068 PESCHIERA BORROMEO (MI)	NATURA EXTRACTA SA DA CV	GUADALAJARA JAI MIX 44900	MESSICO
AICHEM	VIA F..LI BANDIERA 20 20068 PESCHIERA BORROMEO (MI)	INDURKEN DE MEXICO S.A. DE C.V. PASEOS DE VALLE 5211 AL 13	COL. VALLE REAL C.P. 45019 ZAPOPAN JALISCO	MESSICO
AICHEM	VIA F..LI BANDIERA 20 20068 PESCHIERA BORROMEO (MI)	SOCIETA INNOVA ANDINA S.A.	RIVERA NAVARRETE N 620 PISO 11 LIMA 27	PERÙ
AICHEM	VIA F..LI BANDIERA 20 20068 PESCHIERA BORROMEO (MI)	EUROMEX LOGISTICA INTL SA DE CV UNDURKEN MEXICO SA	DE VALLE 5211 LP AL 13 COL. VALLE REAL ZAPOPAN JALISCO	MESSICO
AJINOMOTO ERUROLISYNE (MAGAZZINO BUZZATI)	VIA MANIAGO N. 39 SAN QUIRINO (PN)	AJINOMOTO BIOLATINA IND. E COMM. LTD ROAD MANOEL USO RIPOLLES KM 3	PEDERNEIRA	BRASILE
ALBORS	SEDE LEGALE IN MILANO VIA MORGANTINI 29 SEDE PRODUTTIVA PRESSO NATCOR SLR VIA FONDO MURI 43 S. TOMIO DI MALO VICENZA	GUANGZHOU LEADER BIOTECH LTD	SCIENZE AVENUE GUANGZHOU	CINA
ALPHARMA	SEDE LEGALE WILRIJK GARDEN SQUARE LAARSTRAAT 16 -BELGIO- SEDE PRODUTTIVA FARZOO SRL VIA RUBADELLO 6 MEDOLLA (MO)	PYJANG HOTWAY PHARMACEUTICAL CO LTD	WEST SHENGLI ROAD HENAN	CINA

ALPHARMA	SEDE LEGALE WILRIJK GARDEN SQUARE LAARSTRAAT 16 -BELGIO- SEDE PRODUTTIVA FARZOO SRL VIA RUBADELLO 6 MEDOLLA (MO)	ALPHARMA INC 400 CROSSING	BRIDGEWATER	USA
ALPHARMA	SEDE LEGALE WILRIJK GARDEN SQUARE LAARSTRAAT 16 -BELGIO- SEDE PRODUTTIVA FARZOO SRL VIA RUBADELLO 6 MEDOLLA (MO)	PUCHENG CHIA TAI BIOCHEMISTRY	CINA	CINA
ALPHARMA	SEDE LEGALE WILRIJK GARDEN SQUARE LAARSTRAAT 16 -BELGIO- SEDE PRODUTTIVA FARZOO SRL VIA RUBADELLO 6 MEDOLLA (MO)	KAKEN PHARMACEUTICAL CO LTD	GIAPPONE	GIAPPONE
AMIK	SEDE LEGALE E OPERATIVA IN MILANO VIA FANTOLI 7	BENGBU LUYE TRADE CO LTD	CINA	CINA
AMIK	SEDE LEGALE E OPERATIVA IN MILANO VIA FANTOLI 7	BE LONG COLINE INDUSTRIAL CORP	CINA	CINA
ASCOR CHIMICI	VIA PIANA 265 CAPOCOLLE DI BERTINORO (FC)	USA BIOTRON LAB	NOPRTH WEST CENTER UTAH	USA
ASCOR CHIMICI	VIA PIANA 265 CAPOCOLLE DI BERTINORO (FC)	ASPIRE CHEMICALS	HANZOU CINA	CINA
ASCOR CHIMICI	VIA PIANA 265 CAPOCOLLE DI BERTINORO (FC)	SPECIAL NUTRIENT	2766 DOUGLAS ROAD MIAMI FLORIDA	USA
AZIENDA CHIMICA	VIA DELLE ROSE 7/A - LALLIO (BG)	VANETTA CHEMICAL INDUSTRIAL CO LTD JUSHUI TOWN	ANXIAN MIANYYANG CITY SICHUAN CINA	CINA
BALKEM ITALIA	VIA DEL PORTO -MARANO TICINO (NO)	BALCHEM CORPORATION P.O. BOX 175 SLATE HILL	NEW HAMPTON N.Y. 10958	USA
BALKEM ITALIA	VIA DEL PORTO -MARANO TICINO (NO)	CHELATE MINERALS CORPORATION 3310 WEST 900 SOUTH	NEW HAMPTON N.Y. 10958	USA

BARENTZ	SEDE LEGALE IN VIA PRIVATA GOITO N.8 20037 PADERNO DUGNANO (MI)	CHANG CHUN DAHE BIO TECHNOLOGY DEVELOPMENT CO LTD N. 86	XIHUAN ROAD CHANGCHUN JILIN	CINA
BARENTZ	SEDE LEGALE IN VIA PRIVATA GOITO N.8 20037 PADERNO DUGNANO (MI)	VARIED INDUSTRIE CIRPORATION 905 S CATERINA AVENUE	MASON CITY LOWA USA	USA
BIOSCREEN	CON SEDE IN VIA CADUTI DI VIA FANI 830 BERTINORO (FC)	BIOTRON LABORATORIES LTD	750 NOTH 1250 WEST CENTERWILLE UTAH USA	USA
BIOSCREEN	CON SEDE IN VIA CADUTI DI VIA FANI 830 BERTINORO (FC)	ASPIRE CHEMICHALS CO LTD ROO 1405	FENGQI ROAD HANGZHOU 310003 CINA	CINA
BIOSCREEN	CON SEDE IN VIA CADUTI DI VIA FANI 830 BERTINORO (FC)	HANGZHOU DONGLOU BIONUTRIENT CO LTD	LOUTA COUNTY XIAOSHAN DISTRICT HANGZHOU ZHEJIANG PROVINCE 311266 CINA	
BIOSCREEN	CON SEDE IN VIA CADUTI DI VIA FANI 830 BERTINORO (FC)	HANGZHOU DONGLOU BIONUTRIENT CO LTD	LOUTA COUNTY XIAOSHAN DISTRICT HANGZHOU ZHEJIANG PROVINCE 311266 CINA	CINA
BIOSCREEN	CON SEDE IN VIA CADUTI DI VIA FANI 830 BERTINORO (FC)	HANGZHOU KING TECHINA FEED CO LTD GINGO ROADAGRI -HITEACH	DEMONSTRATION CENTRE YUHANG DISCTRICT HANGZHOU ZHEJIANG 311107	CINA
BIOSCREEN	CON SEDE IN VIA CADUTI DI VIA FANI 830 BERTINORO (FC)	ICC INDUSTRIAL COMERCIO EXPORTACAO E IMPORTACAO LTDA	AV. BRIGATA FARIA LIMA 1768 CJ 4 C - SAN PAULO	BRASILE
BIOWEST	VIA CONCILIAZIONE 51 CILIVERGHE DI MAZZANO (BS)	WESTERN YEAST COMPANY	305 WEST ASH STREET. POST OFFICE BOX 257 CHILLICOT ILLINOIS	USA
BLUMAR	VIA ORTI OVEST N. 1 CHIOGGIA (VE)	ZHEJIANG GARDE BIOCHEMICAL HIGH TECH STOCK CO LTD	HUAYUAN	CINA
BRENNTAG	SEDE LEGALE VIA KULISCIOFF 22 (MI) E STABIL IN VIA BOCCACCIO 3 TREZZANO SUL NAVIGLIO (MI)	SUPERFINE MINERALS 198 MASHRUWALA MARG DHARAMPETH EXTN	NAGPUR 440010	INDIA
BRENNTAG	SEDE LEGALE VIA KULISCIOFF 22 (MI) E STABIL IN VIA BOCCACCIO 3 TREZZANO SUL NAVIGLIO (MI)	ANHUI BBCA BIOCHEMICAL CO LTD	73 DAGING RD BENGBU ANHUL CINA	CINA
BRENNTAG	SEDE LEGALE VIA KULISCIOFF 22 (MI) E STABIL IN VIA BOCCACCIO 3 TREZZANO SUL NAVIGLIO (MI)	RECH CHEMICAL CO. LTD	BAILXIANGXLE E1 12 F N 49 CHANGSHA HUNAN	CINA

BRENNTAG	SEDE LEGALE VIA KULISCIOFF 22 (MI) E STABIL IN VIA BOCCACCIO 3 TREZZANO SUL NAVIGLIO (MI)	HEBEL NEW DONGHUA AMINO ACID CO LTD	N.89 SOUTH OF THR SECOND RING HEBEI CINA	CINA
BRENNTAG	SEDE LEGALE VIA KULISCIOFF 22 (MI) E STABIL IN VIA BOCCACCIO 3 TREZZANO SUL NAVIGLIO (MI)	ZNO KIMYA METAL NAKLIYE SAN TIC LTD	BO ORGANIZE SAN BOLGESI BOR NIDGE TURCHIA	TURCHIA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	MALAYSIAN PHOSPHATE ADDITIVES SDN BHD	609 BLOCK F PHILEO DAMANSARA 1 N 9 YALAN DAMANSARA 46350 SELANGOR DARUL EHSAN	INDIA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	TIMNA COPPER MINES LTD	DOAR NA EILOT ISRAEL 888000	ISRAELE
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	AMERICAN BIOSYSTEM INC PO BOX 1523	ROANOKE VIRGINIA 24007 USA	USA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	PRYIA CHEMICALS 2 LARISSA 396 B OFF SITLADEVI	TEMPLE ROAD MAHIM 40016	INDIA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	SICHUAN CIIUANHENG CHEMICAL GROUP CO LTD	ZAOJIAO DEVELOPMENT ZONE SHIFANG SICHUAN 618400	CINA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	ZHEJIANG DINGDING PHARMACEUTICAL CO LTD	28 DAZHA ROAD HUANGYAN ECONOMIC DEVELOPMENT ZONE ZHEJIANG PROVINCE CHINA	CINA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	ANHUI BBCA INTERNATIONAL CO LTD 387	WEST SHENGLI ROAD BENGBU ANHUI CINA	CINA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	SUPERFINE MINERALS	198 SAKET DHARAMPETH EXTN MASHRUWALA MARG NAGPUR	INDIA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	NB GROUP CO LTD HAOSHENG	HAOSHENG TOWN ZOUPING COUNTY-SHANDONG	CINA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	NINGXIA EPPEN BIOTECH CO LTD	YANGHE INDUSTRY GARDEN YONGNING NINXGXIA 750100	CINA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	GMC CHEMICHALS LIMITED	SHUN HONG HOUSE SHUN CHI COURT KWUN TONG HONG KONG	CINA

CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	BIO-CHEM TECNOLOGY LIMITED	UNIT 1104 ADMIRALTY TOWER 1 HARCOURT ROAD HONH KONG	CINA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	TYCOON CO LTD 15 F NEXUXUS BUILDING 41	CONNAUGHT ROAD CENTRAL HONG KONG	CINA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	JIZHOU CITY HUAYANG CHEMICAL CO LTD XINZHUANG INDUSTRIAL PARK -JIZHOU CITY	HEBEI CINA	CINA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	THIRUMALAI CHEMICALS CO LTD HIRUMALAI HOUSE 101 SION MATUNGA ESTATE N. 6	MUMBAI INDIA	INDIA
CCE COMPAGNIA COMMERCIALE EUROPEA	VIA F.LLI ROSSELLI 3 28014 MAGGIORA (NO)	NUMINOR CHEMICAL INDUSTRIES LTD SHARIRA ST. INDUSTRIA ZONE	MAALOT 24952 ISRAELE	ISRAELE
CHEMICAL	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA VIA TADINO 52 - 20124 MILANO	XUANCHENG BAICAO PLANTS INDUSTRY AND TRADE CO	XUANCHENG ECONOMIC DEVELOPING ZONE ANHIU 242 CINA	CINA
CHEMIFARMA	VIA DON E. SERVADEI 16 (FC)	CTE TECHNOS (CHINA) LTD YIXING FACTORY	YIXING ECINOMIC DEVELOPMENT ZONE YIXING CHINA	CINA
CHEMIFARMA	VIA DON E. SERVADEI 16 (FC)	GLOBAL NATURAL PIGMENT LIMITED ZHUCH ZUCHENG PLANT	EAST OF MIZHOU ROAD ZHUCHENG CITY SHANDONG .	CINA
CHEMIFARMA	VIA DON E. SERVADEI 16 (FC)	GUANGZHOU LEADER BIO TECNOLOY CO LTD 19 LUOLING ROAD DALUO VILLAGE	GUANGZHOU CITY GUANDING PROCINCE CINA	CINA
CHIFA	SEDE LEGALE MILANO VIA RIPAMONTI 227	FARNAM COMPANIES INC-PHOENIX AZ 85013	WEST OSBORN ROAD PHOENIX 85013 ARIZONA	USA
CORTAL EXTRASOY	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA VIA POSTUMIA DI PONENTE 342 CITTADELLA (PD)	ACACI RIVADOYIA S/N PUERTO NUEVO	C.C. 38 -2900 SAN NICOLAS	ARGENTINA
TOSI PAOLA	AGROLABO DEPOSITO TOSI PAOLA VIA DEL CAPITEL 14 (VR)	ANITOX SOLUTION FOR SAFER FEED AND FOOD 1055 PROGRESS CIRCLE 30043 LAWRENCE GA US	BZD INTERNATIONAL INC LICOLN 68501 NEBRASCA (US)	USA
TOSI PAOLA	AGROLABO DEPOSITO TOSI PAOLA VIA DEL CAPITEL 14 (VR)	ANITOX SOLUTION FOR SAFER FEED AND FOOD 1055 PROGRESS CIRCLE 30043 LAWRENCE GA US	PET-AG SCIENCE NUTRITION RESEARCH 255 HAMPSHIRE 60140 USA	USA

DOXAL	SEDE LEGALE IN MILANO SEDE PRODUTTIVA IN SULBIATE (MONZA BRIANZA) VIA MASCAGNI 6	SYNTHITE INDUSTRIES LTD	COCHIN ERNAKULAM	INDIA
DOXAL	SEDE LEGALE IN MILANO SEDE PRODUTTIVA IN SULBIATE (MONZA BRIANZA) VIA MASCAGNI 6	XINCHANG WEI KANG BOLOGICAL PRODUCT LTD	CINA	CINA
DSM	VIA BORGOGNA 5 (MI)	LOMGCOM ENTERPRISE LTD INDUSTRIAL BASE N.11	THIANZU ROAD HIGH TEC.ZONE HEFEI	CINA
DSM	VIA BORGOGNA 5 (MI)	INCASA	RUA SAGUACU 1400 010 JOINVILLE SC BRASIL	BRASILE
DSM	VIA BORGOGNA 5 (MI)	FERMAVI ELETTROCHIMICA LTDA RUA JOISE THOMAZ LARA 445	VARGINIA MG BRASILE	BRASILE
EIGENMANN VERONELLI	VIA DELLA MOSA 6 20017 RHO (MI) E SEDE LEGALE IN VIA WITTGENS 3 20123 (MI)	LASON INDIA	PVT LTD INDIA	INDIA
EIGENMANN VERONELLI	VIA DELLA MOSA 6 20017 RHO (MI) E SEDE LEGALE IN VIA WITTGENS 3 20123 (MI)	ZHEJIANG MEDICINE CO LTD 18FL GAIGEYUEBAO MANSION 60 SUMADUXIANG ZHONGE	HANGZHONG 31003	INDIA
ELI LILLY	SEDE LEGALE SESTO FIORENTINO (FI) VIA GRAMSCI 731 E SEDE PRODUTTIVA IN PIOLTELLO (MI) VIA TRIESTE 3	ELI LILLY USA CKINTIN LABORATORIES	USA	USA
EQUALITY	SEDE LEGALE VIA MONTELLO 20 MILANO MAGAZZINI E UFFICI VIA IV NOVEMBRE 54 SETTIMO TORINESE	TRYAN ENETRPRISES LLC	PO. BOX 157 DENNIS TX 76439	USA
EQUALITY	SEDE LEGALE VIA MONTELLO 20 MILANO MAGAZZINI E UFFICI VIA IV NOVEMBRE 54 SETTIMO TORINESE	VIRBAC PTY. LIMITED 361 HORSLEY ROAD	MILPERRA NSW 2214	AUSTRALIA
EQUALITY	SEDE LEGALE VIA MONTELLO 20 MILANO MAGAZZINI E UFFICI VIA IV NOVEMBRE 54 SETTIMO TORINESE	BEXO PHARMA INC.1935 DREW ROAD UNIT 28	MISSISSAUGA CANADA	CANADA
EQUALITY	SEDE LEGALE VIA MONTELLO 20 MILANO MAGAZZINI E UFFICI VIA IV NOVEMBRE 54 SETTIMO TORINESE	HAWTORNE PRODUCTS INC	16828 N. STATE ROAD 167 DUNKIRK IN 47336	CANADA
EQUALITY	SEDE LEGALE VIA MONTELLO 20 MILANO MAGAZZINI E UFFICI VIA IV NOVEMBRE 54 SETTIMO TORINESE	VETOQUINOL CANADA INC 2000 CHEIN GEORGES	LAVALTRIE (QUEBEC) CANADA J5T 355	CANADA

EQUALITY	SEDE LEGALE VIA MONTELLO 20 MILANO MAGAZZINI E UFFICI VIA IV NOVEMBRE 54 SETTIMO TORINESE	361 HORSEY ROAD	MUPERA VIRBALPTY	AUSTRALIA
EURHEMA	VIA GIACOMO LEOPARDI 2/C 42025 CAVRIAGO (RE)	BROOKSIDE AGRA L.C.	2768 TROXLER WAY HIGHLAND NIL 62249 ILLINOIS	USA
EURHEMA	VIA GIACOMO LEOPARDI 2/C 42025 CAVRIAGO (RE)	KING WAY CORPORATION	MINGJI DEVELOPMENT ZONE ZOUPING COUNTY SHANDONG PROVINCE CHINA	CINA
EURHEMA	VIA GIACOMO LEOPARDI 2/C 42025 CAVRIAGO (RE)	UMATE INTERNATIONAL LIMITED 11B DINASTY COURT N 22 KIUWEI RD	HEDONG DIST TIANJIN PR OF CHINA	CINA
EUROCHEMICALS	SEDE LEGALE IN MILANO VIALE PICENO 44 E SEDE PRODUTTIVA IN COLOGNO MONZESE MILANO VIALE EMILIA 92	ERACHEM MEXICO SA TAMOS	PANUEO VERACRUZ MESSICO	MESSICO
EUROCHEMICALS	SEDE LEGALE IN MILANO VIALE PICENO 44 E SEDE PRODUTTIVA IN COLOGNO MONZESE MILANO VIALE EMILIA 92	RECH CHEMICAL CO LTD	CHANGHA HUNA CINA	CINA
EUROFEED	SEDE LEGALE TRAVAGLIATO (BS) VIA MULINI 116 D SEDE PRODUTTIVA VIA MULINI 124	YASHO INDISTRIES PVT LTD PLOT 2514-2515	VAPI 396195 GIACARTA	INDIA
EUROFEED	SEDE LEGALE TRAVAGLIATO (BS) VIA MULINI 116 D SEDE PRODUTTIVA VIA MULINI 124	HANGZOU UNION BIOTECHNOLO CO LTD 705	BUILDING LONGSHEN COMMUNE HANGZOU	CINA
EUROTECH	VIA DON FRANCHINI 119 MAGRETA DI FORMIGINE (MO)	ICC INDUSTRIAL COMERCIO EXPORTACAO E IMPORTACAO LTDA	AV. BRIGATA FARIA LIMA 1768 CJ 4 C - SAN PAULO	BRASILE
EUROVO	SEDE LEGALE VIA MENSA N.3 48022 (RA) E STABILIMENTO IN VIA PIACENTINA N.22 45030 OCCHIOBELLO (RO)	INNOVA ANDINA RIVERA NAVARRETE 620 PISO 11 SAN ISIDORO	LIMA PERÙ	PERÙ
FA.MA.VIT	VIA ORZINUOVI 3 25030 POMPIANO (BS)	NINGXIA EPPEN BIOTECH CO LTD YANGHE INDUSTRY GARDEN YONGNING COUNTY NINGXIA CHINA	SHIZUISHAN NINGXIA	CINA
FANTONI	VIA PONTINA 56 15100 ALESSANDRIA	OXOBOV ANIMAL HEALTH 29012 MILL ROAD	NE NEBRASKA MURDOCK	USA
FARMAVET	SEDE LEGALE IN PASSO DEL BIDOLLO 34 (MC) E SEDE PRODUTTIVA IN MONTEDORO (MC)	BAOJI FUFENG BIOTECNOLOGIES CO LTD N18 GAO XIN 10 ROAD	HITECH DEVELOPMENT DISTRICT BAJOI CITY SHANXI	CINA

FARMAVET	SEDE LEGALE IN PASSO DEL BIDOLLO 34 (MC) E SEDE PRODUTTIVA IN MONTEDORO (MC)	NINGBO HONOR CHEMTECH CO LTD ROM 404 EAS XINTIAN JIANGDONG DISCTRICT	NINGBO	CINA
FAVARO	VIA FIESSO 18 AERRE (PD)	ZHEJIANG GARDEN BIOCHEMICLA HIGH-TECH STOCK CO. LTD	166 STREET 20 HANGZHOU ECONOMIC AND TECHNOLOGICAL DEVELOPMENT ZONE ZHEJIANG PROVINCE	CINA
FILOZOO	VIA DEL COMMERCIO 28/30 CARPI (MO)	ARCHER DANIELS MIDLAND CO 4666 FARIES PARKWAY	62525 1820 DECATUR ILLINOIS	USA
FILOZOO	VIA DEL COMMERCIO 28/30 CARPI (MO)	BROKSIDE AGRA L.C. 2768 TROXIER WAY	HIGHLSND IL 62249 ILLINOIS	USA
GARZANTI SPECIALITIES	VIA TITO SPERI 8 (MI) E MAGAZZ. VIA OLONA 79 21042 CARONNO PERTUSELLA (VA)	ZUCHENG HATIAN CO LTD	64 JINGIN R.D. XINXING TOWN ZUCHENG CITY SHANDONG	CINA
GARZANTI SPECIALITIES	VIA TITO SPERI 8 ((MI) E MAGAZZ. VIA OLONA 79 21042 CARONNO PERTUSELLA (VA)	NATURAL REMEDIES PVT LYD N. 5B VEERASANDRA IND. AREA 19 KM	STONE HOSUR ROAD BANGALORE	INDIA
GRANDA ZOOTECNICI	VIA P. MASSIA 1 -SAVIGLIANO (CN)	MICRON BIO SYSTEMINC 232229 OLD BUENA VISTA RD	P.O. BOX 868 BUENA VISTA VA 24416	USA
HERBOTEC	VIA VICENZA N. 132 MALO (VI)	ACSEDAR INDUSTRIA E COMERCIO	RUA JOACABA 420 A SAO JOSE DOS CAMPOS SP	BRASILE
HI-AGRI SRL	VIALE GOZZADINI 13 (BO)	HAIFA CHEMICALS LTD P.O. BOX 10809 HAIFA BY	HAIFA 25120 ISRAELE	ISRAELE
INTERCOOP	VIALE EUROPA 55 CASALGRANDE (RE)	ZHEJIANG MEDICINE CO LTD	ZHEJIANG	CINA
INTERCOOP	VIALE EUROPA 55 CASALGRANDE (RE)	DONGGONG PHARMA LTD	CINA	CINA
KEMIMPEX	VIA TRAVERSETOLO 27 43030 BASILICANOVA (PR)	SHANDONG XINFA PHARMACEUTICAL CO LTD	ADD. N.1 TONXING ROAD KENLI COUNTRY DONGYING P. C. 257500	CINA
KEMIMPEX	VIA TRAVERSETOLO 27 43030 BASILICANOVA (PR)	NINGIXIA DUOWEI PHARMACEUTICAL CO LTD	CINA	CINA

KEMIMPEX	VIA TRAVERSETOLO 27 43030 BASILICANOVA (PR)	QINGDAO ORIENTAL TONGXIANG TRADING CO LTD E HEBEI YUXING BIO ENGINEERING CO LTD FUSHUN SHUNHUI	CINA	CINA
KEMIMPEX	VIA TRAVERSETOLO 27 43030 BASILICANOVA (PR)	MS LEGEND INDUSTRIES	INDIA	INDIA
KEMIMPEX	VIA TRAVERSETOLO 27 43030 BASILICANOVA (PR)	DALIAN PLATINUM CHEMICCALS C.O. LIMITED 1304 NO 68 RENMIN ROAD ZHONGSHAN	DISTRICT DALIAN CITY P.R. CHINA 116001	CINA
KEMIMPEX	VIA TRAVERSETOLO 27 43030 BASILICANOVA (PR)	HEBEI YUXING BIO-ENGINEERING CO LTD	NINJIN HIGHER AND NEW RECHNOLOGY DEVELOPING AREA HEBEI	CINA
KEMIMPEX	VIA TRAVERSETOLO 27 43030 BASILICANOVA (PR)	HYLEN CO LTD	CINA	CINA
KEMIMPEX	VIA TRAVERSETOLO 27 43030 BASILICANOVA (PR)	DONGYING TIARUN BIOTECHNOLOGY	CO LTD CINA	CINA
MAIA AGROINDUSTRIALE	VIA VERIZZO N.10 31053 PIEVE DI SOLIGO (TV)	SOCIETA INNOVA ANDINA S.A.	RIVERA NAVARRETE N 620 PISO 11 LIMA 27	PERÙ
MAZZOLENI PRODOTTI ZOOTECNICI	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN COLOGNO AL SERIO VIA DELL'ARTIGIANATO 77	GHW XUZHOU HAVAY FEED CO LTD	CINA	CINA
MAZZOLENI PRODOTTI ZOOTECNICI	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN COLOGNO AL SERIO VIA DELL'ARTIGIANATO 77	CUPRICA SAC	PERÙ	PERÙ
MAZZOLENI PRODOTTI ZOOTECNICI	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN COLOGNO AL SERIO VIA DELL'ARTIGIANATO 77	NANJING HANHE ENTERPRISE CO LTD	NANJING CINA	CINA
MAZZOLENI PRODOTTI ZOOTECNICI	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN COLOGNO AL SERIO VIA DELL'ARTIGIANATO 77	SINOPHARM YANGSO CO LTD	CINA	CINA
MAZZOLENI PRODOTTI ZOOTECNICI	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN COLOGNO AL SERIO VIA DELL'ARTIGIANATO 77	PARTNERS LIMITED	CINA	CINA
MAZZOLENI PRODOTTI ZOOTECNICI	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN COLOGNO AL SERIO VIA DELL'ARTIGIANATO 77	GHW XUZHOU HAVAY FEED CO LTD	CINA	CINA

METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	AMSAL CHEM PRIVATE LIMITED ANKLESHWAR	DISTRICT BARUCH GUJARAT	INDIA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	SHANGAI DESANOPHARMACEUTICAL HOLDING CO 1479 ZHANGHENG ROAD ZHANGJIANG	HI TECH PARK SHANGAI 201203	CINA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	QINGDAO CENTURY LONGLIVE INTERNATIONAL TRADE CIO LTD	ROM 806 E &D FORTUNE CENTER NO 182-6 HAIER ROAD QINGDAO	CINA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	G AMPHRAY CHAMBERS 4TH FLOOR SIR PM ROAD	FORT MUMBAI 400001	INDIA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	WESTERN DRUG PVT LTD F-271 MEWAR INDUSTRIAL AREA MADRI	UDAIPUR 313 001 INDIA	INDIA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	DALIAN PLATINUM CHEMICCALS C.O. LIMITED 1304 NO 68 RENMIN ROAD ZHONGSHAN	DISTRICT DALIAN CITY P.R. CHINA 116001	CINA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	SHANGAI DESANOPHARMACEUTICAL HOLDING CO 1479 ZHANGHENG ROAD ZHANGJIANG	HI TECH PARK SHANGAI 201203	CINA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	RANSON PTE ITD 101 TONG ENG BUILDING SINGAPORE 069553	THIRUMALAI CHEMICALS ITD 25 SIPCOT INDI COMPLEX RANIPET TAMILNADU	INDIA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	JIANGXI TIANXIN PHARMACEUTICAL CO LTD LE ANFIANG INDUSTRIAL ZONE	LEPING GIANGXI 333300 CINA	CINA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	BROTHER ENTERPRISES HOLDING CO LTD ZHOUWANGMLAO	HAINING CITY ZHEJIANG CINA	CINA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	WESTERN DRUG PVT LTD F-271 MEWAR INDUSTRIAL AREA MADRI	UDAIPUR 313 001 INDIA	INDIA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	HEBEI JIHENG PHARMACEUTICAL CO LTD 368 JIANSHE STREET	HENGSHUI CITY HEBEI 05300	CINA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	TOYOTSU CHEMIOLAST CORPORATIONE 8-1 MARINOUCHI 3 CROME	TOKIO 100830 JAPAN	GIAPPONE

METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	ZHEJIANG DINGDING PHARMACEUTICAL CO LTD	28 DAZHA ROAD HUANGYAN ECONOMIC DEVELOPMENT ZONE ZHEJIANG PROVINCE CHINA	CINA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	HUBEI GUANGJI PHARMACEUTICAL CO LTD N1	JIAGDI ROAD WUXE CITY HUBEY	CINA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	SHRI NATH GUM E CHEMICALS E 278 MIA PHASE	SND BASNJ JODPUR 342005	INDIA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	NOTH CHINA PHARMACEUTICAL CO LTD	N.392 EAST EPING ROAD SHILJZHUANG HEBEI	CINA
METHODO CHEMICALS	VIA A. M. AMPHERE NOVELLARA (RE)	JIANGXI TIANXIN PHARMACEUTICAL CO LTD LE ANFIANG INDUSTRIAL ZONE	LEPING GIANGXI 333300 CINA	CINA
MICROFEED	VIA ORFANOTROFIO 10 ASTI	ACUCAREIRA QUATA S/A	RODOVIA MARECHAL RONDOM (SP-Bra 289)	BRASILE
MICROFEED	VIA ORFANOTROFIO 10 ASTI	BIORIGIN INGREDIENTS LTD	KY CAYMANS ISLAND	CUBA
NESTLÈ PURINA PETCARE NESTLÈ ITALIANA SPA	VIALE G. RICHARD 5 20143 MILANO PRODUZ. VIA CAVOUR 60 46043 CASTIGLIONE DELLE SIVIERE (MN)	THAI UNION MANUFACTURING CO LTD 979/13-16 M FLOOR SM TOWER PHAHOYOTIN ROAD	SAMSENNAI PHAYATHAI BANKOK	TAILANDIA
NOVUS EUROPE SA C/O LA PETROLIFERA ITALO RUMENA	PORTO CORSINI VIA BAIONA 250 (RA)	NOVUS INTERNATIONAL INC. MARYVILLE CENTER	DRIVE 530 ST LOUIS MISSOURI	USA
OTINIA CREATIVE	SEDE LEGALE VIA CAPO SOPRANO 9 OSTIA LIDO (RM) E SEDE PRODUTTIVA FIUMICINO VIA FERDINANDO GUERCI 34	TECHMIX LLC 740 BOWMAN STREET	STEWART MINNESOTA USA	USA
PHARM TECH GROUP LTD	STRADA PROVINCIALE RIVOLTANA KM 10 20060 LISCATE (MI)	PHARM TECH GROUP LTD	TURCHIA	TURCHIA
PRODOTTI ARCA	SEDE LEGALE IN VIA GIACOSA 42 20053 MONZA	DALIAN VANETTA INT 1 TRAD. CO. LTD -DALIAN	DALIAN	CINA
PRODOTTI ARCA	SEDE LEGALE IN VIA GIACOSA 42 20053 MONZA	AVIGNOM EXIM PVT. LTD	MADHYA PRADHES	INDIA

RP CHEM	VIA SAN MICHELE 47 31032 CASALE SUL SILE (TV)	SHANXI FENHE BIOCHEMICAL CO. LTD	GANTING TOWN HONGDONG COUNTY SHANXI	CINA
RP CHEM	VIA SAN MICHELE 47 31032 CASALE SUL SILE (TV)	TAIYUAN QIAOYOU CHEMICAL INDUSTRIAL CO.LTD	CINA JINYUAN TAIYUAN	CINA
RP CHEM	VIA SAN MICHELE 47 31032 CASALE SUL SILE (TV)	GANSU XUEJING IMP EXP CO LTD	LANZHOU	CINA
RP CHEM	VIA SAN MICHELE 47 31032 CASALE SUL SILE (TV)	ANHUI BBCA BIOCHEMICAL CO LTD	ANHUI	CINA
SANIZOO	VIA VICENZA 132 MALO (VI)	SHANDONG NB TECNOLOGY CO LTD	HAOSHING TOWN	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	XIAMEN KINGDOMWAY GROUP COMPANY XINYANG	INDUSTRIAL AREA HAICANG INVESTMENT ZONE XIAMEN	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	TAIZHOU HISOUND CHEM. CO. LTD	SHANGHAI HAOWANG INTERNATIONAL GROUP	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	HEBEI YUXING BIO ENGINERING CO LTD NINGIJIN HIGHER AND NEW TECNOLOGY	AREA HEBEY CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	JIZHOU CITY HUAYANG CHEMICAL CO LTD XINNZHUANG INDUSTRIAL PARK	JIZHOU CITY HEBEI CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	SUNWIN CHEMICHALS ROOM 701 LUWEI COMMERCIAL HARBOUR THE CROSSING OF EAST FUSHOU STREET	HIGH TECH ZONE WEIFANG SHANDONG CINA MAINLAND	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	WENZHOU OUHUA FOREIGN TRADE CORPORATION	BLDG NO 350 YADANG WEST RD WENZHOU CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	ZHEJIANG UNIVRSITY SUNNY NUTRITION TECNOLOGY TECNOLOGY CO LTD 11F EAST BUILDING INTERNATIONAL GARDEN	HANGZHOU ZHEJIANG	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	JIANGSU BROTHER VITAMINS CO LTD	DAFENG CITY JIANGSU CINA	CINA

SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	MANMOHAN UNTERNATIONAL CONTRACTING J-18 MIDC INDUSTRIAL ESTATE	HINGNA ROAD NAGPUR 440016	INDIA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	WEIFANG ENSIGN INDUSTRY CO LTD THE WEST LIMIN	ROAD CHNGLE CITY SHANDONG 262400	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	BROTHER ENTERPRICES HOLDING CO LTD ZHOUWANGMIAG HAINING CITY	ZHEJIANG PROVINCE CHINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	ANHUI BIOTECH CO LTD	CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	LONZA GUANGZHOU GUANDONG	CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	SHANDONG LUWEI PHARMACEUTICAL CO LTD	CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	ZHEJIANG SHENGDA PHARMACEUTICAL CO LTD	RENMIN EAST ROAD TIANTAI ZHEJIANG CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	YIXING JIANGSHAN BIOTECH CO LTD	ZHOUTE TOWN YIXING CITY JIANGSU	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	XINFA PHARMACEUTICAL CO LTD N1 TONGXING ROAD	KENLY COUNTY DONGYNG CITY SHANDONG PROVINCE	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	WEIFANG ENSIGN INDISTRY CO LYDTHE WEST END LIMIN ROAD	CHANGLE CITY SHANDONG 262400	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	DIROX S.A.	TOMAS DIAGO 748 11300 MONTEVIDEO	URUGUAI
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	YIXING UNION BIOCHEMICAL CO LTD ECONOMIC DEVELOPMENT	ZONE YIXING JIANGSU 214203 CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	XIAMEN TOPUSING IMP E EXP CO LTD 7TH CHANGAN BUILDING	LVLING ROAD XIAMEN 361009 CINA	CINA

SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	OXYVIT KIMA SAN. VE TIC A.S. MERSIN TARSUS ORGANIZE	SANAY BOLGESI MERSIN TURCHIA	TURCHIA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	MANMOHAN MINERALS E CHEMICALS P LTD D 57	INDUSTRIAL AREA BUTIBORI NAGPUR	INDIA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	TAIZHOU HISOUND CHEM CO LTD CINA	CIN	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	JIANGXI SENTAI PHARMACEUTICAL CO LTD N 5 GONGYE ROAD YINGTAN	YINGTAN INDUSTRIAL ZONE JIANGXI CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	HUBEI HUAZONG PHARMACEUTUCAL CO LTD NO 71	WEST CHUNYUAN ROAD XIANGFAN CITY HUBEI CIN	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	LASONS INDIA PRIVATE LIMITED 8 NEW JAGRUTI 227	ROAD BRANDA MUBAI INDIA	INDIA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	ZHEJIANG GARDEN BIOCHEMICAL HIGH TECH	STOCK LTD HUAYUAN IND ZONE ZONGYANG 322121	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	CHANGZOU SUNLIGHT MEDICAL	RAW MATERIAL CO LTD	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	SHANDONG AOCTER CHEMICAL CO LTD 5NORTHGUQANDAO STREET	GAOTANG SHANDONG CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	PAIK KWANG INDUSTRIAL CO LTD 56 -1	GOCHEOK DONG GURU GU 152 080 KOREA	COREA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	YIXING JIANGSHAN BIO-TECH CO LTD YANGXI TOWN YIXING	JIANGSU CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	ZHEJIANG UNIVRSITY SUNNY NUTRITION TECNOLOGY TECNOLOGY CO LTD 11F EAST BUILDING INTERNATIONAL GARDEN	HANGZHOU ZHEJIANG	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	TAOCHEM INDUSTRIAL INC 9-101ONGXIANG PLAZA 28 DONGAI WEST ROAD	QINGDAO	CINA

SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	NINGBO ZHENHAI HAIDE BIOCHEM CO LTD 799	FENGXIANG ROAD XIEPU 315204 CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	SHANDONG LUKANG PHARMACEUTICAL CO LTD 173 WEST TAIBAI ROAD	JINING 272121 SHANDONG CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	NINGXIA DUOWET PHARMACEUTICAL CO LTD WANGYUAN ECONOC ZONE	YINGGYN CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	BIORIGIN ACUCAREIRE S/A	USINA SAO SAO JOSÈ MACATUBA BRASILE	BRASILE
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	HUMAN MINT IMPORT AND EXPORT CO LTD	LAODONG WEST CHAGSHA HUNAN CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	ZHEJIANG SHENGDA PHARMACEUTICAL CO LTDRENMIN EST	ROAD TIANTAI ZHEJIANG	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	FERRO CHEM CO LTD 324 BUIKDING	3 LANE 900 ROD HONGKOU SHANGHAI CINA	CINA
SINTOFARM	VIA TOGLIATTI 5 GUASTALLA (RE) SEDE PRODUTTIVA IN MONTECOLOMBO (RN)	SOCIETE' DU DJEBELL DJERISSA - 62 RUE IBN BASSAM EL MENZM	IV 1002 TUNIS	TUNISIA
TODINI	SEDE LEGALE IN MILANO VIA LARGA 8 E SEDE PRODUTTIVA IN MONZA IN CORSO MILANO 46	INCASA S/A	BRASILE	BRASILE
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	SHANHAI RITAN TRADING CO LTD ROOM 1408 N 333	JINXIANG ROAD PUDONG SHANGAI 201206 CHINA	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	CHANGZHOU XINHONG PHARMACEUTICAL E CHEMICAL INDUSTRIAL TECHNOLOGIES INC WEITANG CHEMICAL ZONE	CHUNJIANG TOWN XINBEI DISCTRICT CHANGZHOU JIANGSU	CINA

TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	JIANGXI TIANXIN PHARMACEUTICAL CO LTD	LEANIJIANG INDUSTRIAL PARK LEPING 333300	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	HEBEI HUARONG PHARMACEUTICAL CO LTD	EAST ROAD NOTH 2 ND RING SHIJIAZUANG CITY HEBEI	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	ZHEJIANG GARDEN BIOCHEMICAL HIGH TECH LTD ROOM 309	XIHU MING LOU 16 WULIN ROAD HANGZOU	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	SHIJAZHUANG WEISHEN 3 PHARMA CO LTD	236 HUANGHE INDUSTRIAL SHIJIAZHUANG	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	CHENGDU FENGLAN SCIENZE AND TECHNOLOGY CO LTD	N 88 BALCAO ROAD CHENGDU	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	YIXING JIANGSHAN BIOTECH CO LTD	ZHOUTIE TOWN YIXING CITY JIANGSU	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	JIANGXI TIANXIN PHARMACEUTICAL CO LTD	LEANIJIANG INDUSTRIAL PARK LEPING 333300	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	ZHEJIANG HANGZHOU XINFU PHARMACEUTICAL CO. LTD	JINCHENG LINJAN HANGHOU ZHEJIANG 31300 CINA	CINA

TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	BE LONG CORPORATION PO BOX 139 139	GULOU 210008 NANJING CINA	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	SOCIETA INNOVA ANDINA S.A.	RIVERA NAVARRETE N 620 PISO 11 LIMA 27	PERÙ
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	TROUW NUTRITION USA 115 EXECUTIVE DRIVE HIGHLAND IL 62249 USA	BASF CATALYST LLC 100 CAMPUS DRIVE FLORHAM PARK NJ 07932 USA	USA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	CJ INDONESIA RAYA ARYOSARI KM 9 KECAMATAN REJOSO	KABUTALEN PASURUAN 67181	INDONESIA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	JIANGSU BROTHER VITAMINS CO LTD	DEFENG CITY JIANGSU PROVINCE CINA	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	SHIJAZHUANG ZHAOXIAN	YALONG INOSITOL CO LTD	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	BE LONG CORPORATION PO BOX 139 139	GULOU 210008 NANJING CINA	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	TAIZHOU TOWNS HISOUND CO LTD YANHAI INDUSTRIAL ZONE 317016	LINHAI	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	HEBEI WELCOME COMPANY NO 11 ZHAYIANG NORTH STREET	5001 SHIJIAZHUANG CINA	CINA

TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	CHENGDU FENGLAN SCIENZE AND TECHNOLOGY CO LTD	N 88 BALCAO ROAD CHENGDU	CINA
TROUW NUTRITION	SEDE LEGALE E PRODUTTIVA IN SAN ZENO DI MOZZECANE (VR) CASELLA POSTALE N 6 FRAZIONE SAN ZENO 37060 MOZZECANE (VR)	MENARA JAMSOSTEK 21 FLOOR	JAKARTA	INDONESIA
VET POINT	VIA MONTENERO 139 20024 GARBAGNATE MILANESE (MI)	MITAVITE ASIA SDN.BHD 75 77 JALAN INDUSTRI 4/2	GOPENG INDUSTRIAL PARK 31600 PERAK WEST LALAYSIA	MALESIA
VITASOL	VIA DEL BOSCONE CASTENEDOLO	ICC INDUSTRIAL COMERCIO EXPORTACAO O IMPORTACAO LTDA	AV. BRIGATA FARIA LIMA 1768 CJ 4 C - SAN PAULO	BRASILE

11A06961

Revoca della registrazione del presidio medico chirurgico «Leikon»

Con il decreto di seguito specificato è stata revocata, su rinuncia della ditta, la registrazione del sottoindicato presidio medico chirurgico:

decreto n. DGFDM-VII/2116 del 10 maggio 2011;

presidio medico chirurgico: Leikon;

registrazione: 4602;

motivo della revoca: rinuncia della società Blue Line S.r.l. titolare della registrazione.

11A07233

ALFONSO ANDRIANI, *redattore*
DELIA CHIARA, *vice redattore*

(WI-GU-2011-GU1-126) Roma, 2011 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. - S.

MODALITÀ PER LA VENDITA

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni dell'Istituto sono in vendita al pubblico:

- **presso l'Agenzia dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. in ROMA, via Principe Umberto 4, 00185 Roma - ☎ 06 85082147;**
- **presso le librerie concessionarie riportate nell'elenco consultabile sul sito www.ipzs.it, al collegamento rete di vendita (situato sul lato destro della pagina).**

L'Istituto conserva per la vendita le Gazzette degli ultimi 4 anni fino ad esaurimento. Le richieste per corrispondenza potranno essere inviate a:

Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato
Area Marketing e Vendite
Via Salaria, 1027
00138 Roma
fax: 06-8508-3466
e-mail: gestionegu@ipzs.it

avendo cura di specificare nell'ordine, oltre al fascicolo di GU richiesto, l'indirizzo di spedizione e di fatturazione (se diverso) ed indicando i dati fiscali (codice fiscale e partita IVA, se titolari) obbligatori secondo il DL 223/2007. L'importo della fornitura, maggiorato di un contributo per le spese di spedizione, sarà versato in contanti alla ricezione.

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

CANONI DI ABBONAMENTO ANNO 2011 (salvo conguaglio)

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE I (legislativa)

			CANONE DI ABBONAMENTO
Tipo A	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:		
	*(di cui spese di spedizione € 257,04)**	- annuale	€ **438,00**
	*(di cui spese di spedizione € 128,52)**	- semestrale	€ **239,00**
Tipo A1	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i soli supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi:		
	*(di cui spese di spedizione € 132,57)**	- annuale	€ **309,00**
	*(di cui spese di spedizione € 66,28)**	- semestrale	€ **167,00**
Tipo B	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte Costituzionale:		
	*(di cui spese di spedizione € 19,29)**	- annuale	€ **68,00**
	*(di cui spese di spedizione € 9,64)**	- semestrale	€ **43,00**
Tipo C	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti della CE:		
	*(di cui spese di spedizione € 41,27)**	- annuale	€ **168,00**
	*(di cui spese di spedizione € 20,63)**	- semestrale	€ **91,00**
Tipo D	Abbonamento ai fascicoli della serie destinata alle leggi e regolamenti regionali:		
	*(di cui spese di spedizione € 15,31)**	- annuale	€ **65,00**
	*(di cui spese di spedizione € 7,65)**	- semestrale	€ **40,00**
Tipo E	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:		
	*(di cui spese di spedizione € 50,02)**	- annuale	€ **167,00**
	(di cui spese di spedizione € 25,01)	- semestrale	€ **90,00**
Tipo F	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari, e dai fascicoli delle quattro serie speciali:		
	(di cui spese di spedizione € 383,93)*	- annuale	€ **819,00**
	*(di cui spese di spedizione € 191,46)**	- semestrale	€ **431,00**
Tipo F1	Abbonamento ai fascicoli della serie generale inclusi i supplementi ordinari con i provvedimenti legislativi e ai fascicoli delle quattro serie speciali:		
	*(di cui spese di spedizione € 264,45)**	- annuale	€ **682,00**
	*(di cui spese di spedizione € 132,22)**	- semestrale	€ **357,00**

N.B.: L'abbonamento alla GURI tipo A, A1, F, F1 comprende gli indici mensili
Integrando con la somma di € 80,00 il versamento relativo al tipo di abbonamento alla ***Gazzetta Ufficiale*** - parte prima - prescelto, si riceverà anche l'**Indice Repertorio Annuale Cronologico per materie anno 2011.**

CONTO RIASSUNTIVO DEL TESORO

Abbonamento annuo (incluse spese di spedizione) € **56,00**

PREZZI DI VENDITA A FASCICOLI

(Oltre le spese di spedizione)

Prezzi di vendita:	serie generale	€ 1,00
	serie speciali (escluso concorsi), ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00
	fascicolo serie speciale, *concorsi*, prezzo unico	€ 1,50
	supplementi (ordinari e straordinari), ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00
	fascicolo Conto Riassuntivo del Tesoro, prezzo unico	€ 6,00

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

PARTE I - 5ª SERIE SPECIALE - CONTRATTI ED APPALTI

*(di cui spese di spedizione € 127,00)**	- annuale	€ **295,00**
*(di cui spese di spedizione € 73,20)**	- semestrale	€ **162,00**

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE II

*(di cui spese di spedizione € 39,40)**	- annuale	€ **85,00**
*(di cui spese di spedizione € 20,60)**	- semestrale	€ **53,00**

Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione (oltre le spese di spedizione) € 1,00
I.V.A. 20% inclusa

RACCOLTA UFFICIALE DEGLI ATTI NORMATIVI

Abbonamento annuo € **190,00**
Abbonamento annuo per regioni, province e comuni - SCONTO 5% € **180,50**
Volume separato (oltre le spese di spedizione) € 18,00
I.V.A. 4% a carico dell'Editore

Per l'estero i prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, anche per le annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, devono intendersi raddoppiati. Per il territorio nazionale i prezzi di vendita dei fascicoli separati, compresi i supplementi ordinari e straordinari, relativi ad anni precedenti, devono intendersi raddoppiati. Per intere annate è raddoppiato il prezzo dell'abbonamento in corso. Le spese di spedizione relative alle richieste di invio per corrispondenza di singoli fascicoli, vengono stabilite, di volta in volta, in base alle copie richieste.

N.B. - Gli abbonamenti annui decorrono dal 1° gennaio al 31 dicembre, i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno e dal 1° luglio al 31 dicembre.

RESTANO CONFERMATI GLI SCONTI IN USO APPLICATI AI SOLI COSTI DI ABBONAMENTO

ABBONAMENTI UFFICI STATALI

Resta confermata la riduzione del 52% applicata sul solo costo di abbonamento

* tariffe postali di cui al Decreto 13 novembre 2002 (G.U. n. 289/2002) e D.P.C.M. 27 novembre 2002 n. 294 (G.U. 1/2003) per soggetti iscritti al R.O.C.

45-410100110601

€ 1,00